臺北榮民總醫院鳳林分院

---保險公司病歷資料查詢申請書---

申請日期：　　年　　月　　日

病人姓名		性別：□男 □女	出生日期	年 月 日	身份證號： 居留證號：
聯絡地址					
聯絡電話	(　) 手機：		使用目的	□1.投保 □2.保險理賠 □3. 其他＿＿＿＿＿＿	
法定代理人		出生日期	年　月　日	身份證字號：	
法定代理人與病人關係		聯絡電話	(　)＿＿＿＿ 手機：＿＿＿＿	病人或法定代理人簽名	
代理人(保險公司)					
聯絡地址					
聯絡電話	(　) 手機：		代理公司聯絡人		
			申請日期	年　月　日	
應附證明文件	1.保險公司公文　2.病人(或法定代理人)同意書(或委託書)。 3.病人及法定代理人身份證影本　4.備註：依授權人需求隨公文附雙掛號回郵信封乙份				

當 事 人 委 託 書

本人茲因　保險理賠　(事由)之需要，同意由＿＿＿＿＿＿保險公司，向臺北榮民總醫鳳林分院查詢病歷資料，請求提供。

□ 查詢＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病史相關資料，如代理人(＿＿＿＿＿＿保險公司)有逾越授權申請資料之範圍，並將申請之資料作為他用時，由代理人(＿＿＿＿＿＿保險公司)依法負責。

資料影本(□需要□不需要)請臺北榮民總醫院鳳林分院以雙掛號副知本人。

授權人(病人或其法定代理人)姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(親自簽章)

代理人(保險公司)簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

授權日期:＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿＿日