

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院

100.07.01 初版
100.10.01 第二版
100.12.28 第三版
(100年第5次病歷管理委員會)

病歷資料查詢申請委託同意書 (保險公司專用)

本人 (病人本人或未成年病人之法定代理人)

病人姓名		性別		年齡		身分證字號		病歷號碼	
聯絡地址								電話	
法定代理人姓名		性別		年齡		身分證字號		與病人關係	
聯絡地址								電話	

茲因 保險投保 保險理賠之需要，同意由以下保險公司，業務員_____ (先生/女士)，向國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院查詢病歷資料，請依查詢主要病症提供相關資料。
查詢範圍及期間：_____

(請本人或代理人填寫)

此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

立同意書人：_____ (簽名及蓋章)

身分證字號：_____

聯絡電話：_____

申請日期：中華民國_____年_____月_____日

委託期限：中華民國_____年_____月_____日

代理申請保險公司		代理保險公司聯絡人	
聯絡地址		聯絡電話	

本代理申請保險公司確實經委託人授權代辦本項業務，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並願賠償台大醫院新竹分院因此所衍生之一切損失。