

## 病歷資料查詢申請委託同意書

本人茲因申請理賠或投保之需要，同意由\_\_\_\_\_保險公司向貴院查詢\_\_\_\_\_相關疾病，以供該公司參考。

如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，由其保險公司依法負責。

此致

基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院

立同意書人： 簽名及蓋章

身分證字號：

法定代理人： 簽名及蓋章

身分證字號：

(請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件)

受託保險公司用印：

中 華 民 國 年 月 日