

財團法人佛教慈濟綜合醫院-花蓮
病歷資料同意查詢申請書

病患資料填寫欄						
病患姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身份證字號/ 居留證字號
聯絡地址						電話() 手機
法定代理人資料填寫欄(若為本人即不需填寫)						
法定代理人		出生日期		年 月 日	身份證字號	
與病人關係		簽名				電話() 手機

授權人同意查詢書

本人因 投保 理賠 其他 _____ 之需要，同意授權 _____ 保險公司，向財團法人佛教慈濟綜合醫院申請查詢病歷資料，請求提供(請擇一)

1. _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月急診，診斷：_____
2. _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月住院，診斷：_____
3. _____ 年 _____ 月 _____ 日住院之出院病歷摘要(一年內)
4. _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月門診(二年內)，診斷：_____

授權人(病人或其法定代理人)姓名：_____ (親自簽名加蓋章)

授權日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 (必填，自授權日期起之三個月內有效)

如代理人 _____ 保險公司有以下情形，由代理人負完全法律責任。

1. 逾越授權申請資料之範圍，並將申請之資料作為他用時，
2. 病歷資料申請委託同意書如發生異議時，

代理人(保險機構)簽章：_____

備註：一、保險機構應附證明文件：

1. 於有限期限內之病歷資料同意查詢申請書正本。
 2. 病人本人身分證影本，病人若未滿 12 歲無身分證者，請附上戶口名簿影本(請註明『與正本相符』及『如有異議由本公司負完全法律責任』)。
 3. 授權人未滿 20 歲或往生，需由法定代理人簽章，並附可證明二人關係之戶口名簿或戶籍謄本影本(請註明『與正本相符』及『如有異議由本公司負完全法律責任』)。
 4. 授權人如無法簽名請蓋印鑑章並檢附印鑑證明。
- 二、以上資料若填寫不完整、不明確或相關證明文件未依規定提供，即不予以受理。