

委託保險公司查詢、影印 財團法人為恭紀念醫院病歷資料同意書

本人(或法定代理人)_____同意授權委託由_____保險股份

有限公司，查詢因保險理賠或投保所需資料，而向貴院查詢病歷內容摘要之回覆或

影印本人(被保險人)_____之_____

_____相關病歷資料，檢附本人之身份證影本，

若發生任何爭議概與貴院無關。

此 致 財團法人為恭紀念醫院

立同意書人： (簽名加蓋章)

身份證字號：

住 址：

聯絡電話：

立同意書人非被保險人者請填下列資料

被保險人：

身份證字號

立同意書人與被保險人關係：

(請檢附身份證影本或戶口名簿等關係證明文件)

受託保險公司用印：

(公司章、負責人章)

經辦人員：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

附註：以上資料若有空白未填則不予受理查詢