

郭綜合醫院

保險公司專用授權調查病歷資料申請同意書

本人_____ (患者本人或患者之法定代理人) 授權_____

保險股份有限公司，查詢 貴院患者_____ 身分證字號 _____

民國_____年_____月_____日生之_____

相關病歷資料，請 貴院惠予協助配合。恐口說無憑特立此書為證，若發生任何爭議，由本人與保險公司負完全責任。

此 致 郭綜合醫院

立同意書人：

身分證字號：

聯絡電話：

立同意書人非被保險人本人者請填寫下列資料：

被保險人：

身分證字號：

立同意書人與被保險人關係：

(立同意書人非本人請檢附身分證影印本或戶口名簿等關係證明文件)

受託保險公司用印：

(公司章及負責人章)

經辦人員：

聯絡電話：

備註：

1. 查詢時請檢附此同意書正本，若有塗改需蓋委託人之印章，否則視同無效，立同意書人非本人時請檢附身分證影印本或戶口名簿等關係證明文件。

2. 本授權書有效期限為自即日起三個月

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日