

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，而向貴院查詢被保險人\_\_\_\_\_相關病歷資料，檢附本人之基本資料，如有發生任何爭議概與貴院無關。

申辦資料範圍：門診 急診 住院

期間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日（此欄位由病患或家屬親自填寫）

查詢疾病內容：\_\_\_\_\_

（查詢疾病內容之欄位由病患或家屬親自填寫）

此致 阮綜合醫療社團法人 阮綜合醫院

立同意書人：\_\_\_\_\_（簽名及蓋章）

身分證字號：

出生年月日：

住 址：

聯絡電話：

被保險人：

身分證字號：

出生年月日：

立同意書人與被保險人關係：

（請檢附身份證影本或相關證明文件）

受託保險公司用印：  
（公司章及負責人章）

承辦人員：

聯絡電話：

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日