

# 委託保險公司查詢健仁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，而向貴院查詢本人(被  
保險人)\_\_\_\_\_之\_\_\_\_\_相關病歷資

請填姓名

請填擬查詢病歷範圍

料，檢附本人(被保險人)之身分證影本，若發生任何爭議概與貴院無關。

此 致 健仁醫院

立同意書人： (簽章)

身分證字號：

住 址：

聯 絡 電 話：

※更改姓名者請檢附有更名記錄之戶口名簿

※立同意書人非被保險人本人者請填下列資料

被保險人：

身分證字號：

立同意書人與保險人關係：

※(請檢附身分證影本或戶口名簿等相關證明文件)

受託保險公司用印：

(公司章及負責人章)

經辦人員：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

◎附註：以上資料若有空白未填或未檢附應附文件及未附本同意書正本則  
不予受理查詢