

行政院退除役官兵輔導委員會鳳林榮民醫院

---保險公司病歷資料查詢申請書---

病歷號碼：

申請日期： 年 月 日

病人姓名	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	身分證號： 居留證號：
聯絡地址				
聯絡電話	() 手機：	使用目的	<input type="checkbox"/> 1. 投保 <input type="checkbox"/> 2. 保險理賠 <input type="checkbox"/> 3. 其他_____	
法定代理人	出生日期	年 月 日	身分證字號：	
法定代理人 與病人關係	聯絡電話	() 手機：	病人或法定 代理人簽名	
代理人 (保險公司)				
聯絡地址				
聯絡電話	() 手機：	代理公司聯絡人		
		申請日期	年 月 日	
應 附 證明文件	1. 保險公司公文 2. 病人(或法定代理人)同意書(或委託書)。 3. 病人及法定代理人身份證影本 4. 備註：依授權人需求隨公文附雙掛號回郵信封乙份			

當事人委託書

本人茲因 保險理賠 (事由)之需要，同意由_____保險公司，向行政院退除役官兵輔導委員會鳳林榮民醫院查詢病歷資料，請求提供。

查詢_____病史相關資料，如代理人(_____保險公司)有逾越授權申請資料之範圍，並將申請之資料作為他用時，由代理人(_____保險公司)依法負責。

資料影本(需要不需要)請行政院退除役官兵輔導委員會鳳林榮民醫院以雙掛號副知本人。

授權人(病人或其法定代理人)姓名：_____ (親自簽章)

代理人(保險公司)簽章：_____

授權日期：_____年 _____月 _____日