病歷資料申請委託同意書（保險公司發函至病歷室專用）

<table>
<tr><td colspan="8">病人資料欄</td></tr>
<tr><td>病人
姓名</td><td colspan="3"></td><td>身份證號/
居留證字號</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>性別</td><td>□男
□女</td><td>出生
日期</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>聯絡
電話</td><td colspan="2">（　）
手機：</td></tr>
<tr><td>聯絡
地址</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="8">法定代理人或親屬往生之繼承人填寫欄
（病人未滿 18 歲或病人往生者，需加填以下欄位）</td></tr>
<tr><td>法定
代理人/
繼承人</td><td colspan="2"></td><td>身份證號</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>出生
日期</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>聯絡
電話</td><td colspan="2">（　）
手機：</td><td>法定
代理人/
繼承人與病人關係</td><td></td></tr>
<tr><td>委託查
詢病歷
範圍</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

本人茲因＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（事由）之需要，同意

委託 ＿＿＿＿＿＿＿＿保險公司，向仁濟醫院申請病歷資料，請依需求提供資料。

如保險公司有逾越授權申請資料之範圍，並將資料作為他用時，由保險公司依法負責。

授權人（病人或其法定代理人）姓名：　　（親自簽名或蓋章）

保險機構簽章：

授權日期：　　年　　月　　日

註：

一、本同意書之有效期限，自授權日期之三個月內有效。

二、保險機構應附證明文件：

（一）保險機構公文。

（二）病歷資料申請委託同意書正本。

（三）病人本人身分證影本。

（四）病人未滿12 歲無身份證者，請附上戶口名簿影本。

（五）病人未滿20歲，由法定代理人申請，請附上法定代理人身份證影本。

（六）病人已往生者，由繼承人申請，請附上繼承人身份證影本，並檢附足資證明繼承身份之戶籍資料。

三、相關資料及證明文件請提供完整，以免影響權益。