

病歷資料查詢委託同意書(保險公司專用)

病人姓名		性別		年齡		身分證字號/ 居留證字號									
聯絡地址							電話 ()								
							手機								
法定代理人		性別		年齡		身分證字號/ 居留證字號									
與病人關係		簽名							電話 ()						
							手機								

當事人委託書

本人因 投保 理賠 其他 _____ 之需要，同意委託 _____ 保險公司，

向 安和醫療社團法人安和醫院 申請 查詢 影印病歷資料 電子病歷，請求提供

住院 門診 急診病歷資料，依查詢主要病症提供相關資料。

此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

此致 安和醫療社團法人安和醫院

授權人(病人或其法定代理人或繼承人)姓名： _____ (親自簽名或蓋章)

授權日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (必填，自授權日期起之三個月內有效。)

如代理人 _____ 保險公司有以下情形時，由代理人負完全法律責任。

1. 逾越授權申請資料之範圍，並將申請之資料作為他用。
2. 病歷資料申請委託同意書如發生異議時。
3. 內容如有虛假、偽冒。

代理人(保險機構)公司章： _____

代理申請保險經辦人： _____ (簽名或簽章)

備註：一、保險機構應附證明文件：

1. 病歷資料同意查詢申請書正本、身分證影本或戶口名簿等關係證明文件。
2. 授權人未滿 20 歲，需由法定代理人簽章，並附二人之關係證明(身分證或戶口名簿)關係證明若為影本請註明『與正本相符』及『如有異議由本公司負完全法律責任』。
3. 非病人申請時需粘貼病人及代理人證件影本。

二、相關資料及證明文件請依規定提供完整，以免影響權益，若有空白未填則不予受理查詢。

三、若是當事人有更改姓名與病歷上不符合時，請提供原始姓名等相關證明文件。