大千綜合醫院
DA CHIEN GENERAL HOSPITAL
病歷資料查詢申請書

姓　　名		性別	男 □ 女 □	出生日期	年　月　日
病歷號碼		身份證字號或居留證字號			
聯絡地址	縣　鄉鎮　路 段　巷　弄　號　樓　室 市　市區　街				
聯絡電話	(　　) 手機：	使用目的	□1.投保 □2.理賠 □3.其他		
法定代理人		身份證字號			
法定代理人與病人關係		聯絡電話	(　　) 手機：		

當 事 人 委 託 書

本人茲因＿＿＿＿＿＿＿＿（事由）之需要，同意由＿＿＿＿＿＿＿＿保險公司向苗栗縣大千綜合醫院查詢病歷資料，請求提供　年　月至　年　月之就診資料**（不超過三年為原則）**。

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。

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

保險公司用印

註：

一、 本同意書之有效期限，自授權日期起之六個月內有效。

二、 保險公司應附證明文件：

1. 保險公司公文。
2. 病歷資料申請委託同意書正本。
3. 病人本人身分證影本。
4. 病人未滿 20 歲，需由法定代理人申請，並附兩人之關係證明文件。
5. 病人已往生，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文件。

三、 以上資料若有空白未填寫，或檢附之證明文件不齊全，則不予受理查詢。