

**大順醫院**  
**DA SHUN HOSPITAL**  
**病歷資料查詢申請書**

姓 名		性 別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	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 市 市 區 街 段 巷 弄 號 樓 室					
聯絡電話	( ) 手機：	使 用 目 的	<input type="checkbox"/> 1. 投保 <input type="checkbox"/> 2. 理賠 <input type="checkbox"/> 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 申請理賠 (事由) 之需要，同意由 遠雄人壽 保險公司向苗栗縣大順醫院查詢病歷資料，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。