

新北市欣宏診所病歷資料申請書

年 月 日

病 人 姓 名		病 歷 號 碼		出生年 月 日		身分證 字 號	
地 址						電 話 手 機	
申 請 用 途	☐ 轉診 ☐ 保險 ☐ 訴訟 ☐ 參考 ☐ 移民 ☐ 兵役 ☐ 補助 ☐ 其他_____						
申 請 期 間	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日					科 別	家醫科
申 請 內 容	☐ 病歷影印 ☐ 病歷摘要 ☐ 檢驗報告_____ ☐ 病歷資料諮詢					份 數	份
病 歷 室				醫 師 簽 章			
備 註	1. 以本人親自辦理為原則，如非本人請由配偶、父母、成年子女或是相關法定代理人填具委託書辦理，並攜帶雙方身分證正本及影本（由本診所留存備查）其它可證明雙方關係之有效法律文件。 2. 請將申請資料填寫完整，謝謝！						
領收人簽名：_____		相關病歷資料總計_____張					
日 期：_____		收取費用新台幣_____元整					

新北市欣宏診所病歷資料申請委託同意書

本人_____申請病歷資料，因故無法親自前往辦理，特委託_____代為辦

理。此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切相關法律責任。此致 新北市欣宏診所。

委託人：_____（簽名或蓋章） 身分證字號：_____

被委託人：_____（簽名或蓋章） 身分證字號：_____

委託人與被委託人之關係 ☐配偶 ☐父母 ☐子女 ☐其它_____

地址：_____

電話(日)_____ 行動電話：_____

中華民國 年 月 日

★本代理申請人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償貴診所衍生之損失★