

委託保險公司查詢衛生福利部臺南醫院病歷資料同意書

本人(或法定代理人)_____同意授權委託由遠雄人壽保險股份有限公司，查詢因保險理賠或投保所需資料，而向貴院查詢本人(被保險人)_____之_____相關病歷資料，檢附

請填姓名

請填擬查詢疾病範圍

本人之身分證影本，若發生任何爭議概與貴院無關。

此致 衛生福利部臺南醫院

立同意書人：

簽章

身分證字號：

地 址：

聯絡電話：

立同意書人非被保險人本人者請填下列資料

被保險人：

身分證字號：

立同意書人與被保險人關係：

(請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件)

保險公司用印：

(公司章及負責人章)

經辦人員：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

附註：以上資料若有空白未填則不予受理查詢