

# 委託保險公司複印病歷資料同意書

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 遠雄人壽 保險公司

，向新光吳火獅紀念醫院申請複印病歷資料，請求提供（請擇一）

1.  \_\_\_\_年\_\_\_\_月～\_\_\_\_年\_\_\_\_月急診（五年內），診斷：\_\_\_\_\_
2.  \_\_\_\_年\_\_\_\_月～\_\_\_\_年\_\_\_\_月住院（五年內），診斷：\_\_\_\_\_
3.  \_\_\_\_年\_\_\_\_月～\_\_\_\_年\_\_\_\_月門診（五年內），診斷：\_\_\_\_\_

此致 新光吳火獅紀念醫院

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。）

如代理人遠雄人壽 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。

代理人(保險機構)公司章：\_\_\_\_\_

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。

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（身份證或戶口名簿），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』。

二、相關資料及證明文件請依規定提供完整，以免影響權益。