

病歷資料查詢申請書

病歷號：

申請日期： 年 月 日

病人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證字號/ 居留證字號	
戶籍地址	縣市	鄉鎮市區	路	街	段	巷	弄	號樓室
聯絡地址	縣市	鄉鎮市區	路	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.保險理賠 <input type="checkbox"/> 3.其他_____			
法定代理人			出生日期		年 月 日		身份證號	
法定代理人與病人關係			聯絡電話		() 手機：		病人或法定代理人簽名	
代理人(保險公司)	遠雄人壽保險事業股份有限公司							
聯絡地址	台北市信義區松高路1號25樓							
聯絡電話	(02) 27583099					代理公司連絡人		
						申請日期		年 月 日
應附證明文件	1.保險公司公文				2.病人(或法定代理人)同意書及委託書			

當事人委託書

本人茲因 **保險理賠** (事由) 之需要，同意由 遠雄人壽 保險公司向馬偕醫院新竹分院查詢病歷資料，請求提供(診斷)_____

就診資料及診斷書上其他診斷之最初就醫日期資料。

如代理人(遠雄人壽保險公司)有逾越授權申請資料之範圍，並將申請之資料作為它用時，由代理人(遠雄人壽保險公司)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(公司)簽章：

授權日期： 年 月 日