病歷資料調閱授權書（保險公司專用）

病人（病人本人或其利害關係人）利害關係人如：法定代理人、繼承人、監護人、輔助人

病人姓名		性別		年齡		身分證字號		病歷號碼	
聯絡地址								電話	
利害關係人姓名		性別		年齡		身分證字號		與病人關係	□法定代理人 □監護人 □繼承人 □輔助人
聯絡地址								電話	
授權目的	□投保商業保險 □申請商業保險理賠 □申請商業保險契約內容異動變更								

授權查詢範圍（請立授權書填寫）

※本院係依據所授權查詢之範圍提供保險公司資料，可能會含有人類免疫缺乏病毒傳染病、其他法定傳染病及精神疾病之病歷資料，請立授權書人務必審慎填寫。

一、查詢期間：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日至＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

二、就診科別：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。（請具體列明）

三、查詢項目（請勾選）：

□門診紀錄 □急診紀錄 □出院病歷摘要 □手術紀錄 □檢驗報告 □檢查報告

□其他（請填項目）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

茲因病人保險之需要，聲明授權及同意下列事項：

一、授權以下 遠雄人壽 保險公司（下稱被授權人），向天主教輔仁大學附設醫院查詢並以書面方式提供醫療相關資料。

二、被授權人應以正式公文檢附本授權書正本向天主教輔仁大學附設醫院申請查詢病人之病歷。

三、**立授權書人已知悉本授權書所授權查閱之病歷資料內容，可能含有人類免疫缺乏病毒傳染病、其他法定傳染病及精神疾病之病歷資料。被授權人應向立授權書人當面口頭詳細說明，讓立授權書人確定知悉其可能授權之範圍和風險，立授權書人亦可保有相關撤回之權利。**

四、因本授權書內容或效力所生之爭議，應由被授權人負責，概與天主教輔仁大學附設醫院無關，立授權書人或被查詢人不得向天主教輔仁大學附設醫院為任何法律上之主張。

五、本授權同意書有效期限為書立日期起6個月內。

六、請就下列事項勾選，未勾選者視同僅同意以本授權書正本向天主教輔仁大學附設醫院申請查詢。

□被授權人應以正式公文檢附本授權書正本向**天主教輔仁大學附設醫院**申請查詢。

□被授權人得以正式公文檢附本授權書影本向**天主教輔仁大學附設醫院**申請查詢，**並應於本授權書影本加註「本影本與正本相同，如發生異議，一切由被授權人負完全法律責任。」之文字並加蓋與公文相關之專用圖記作背書者，立授權書人同意該授權書影本與正本具同等效力。**

立授權書人：＿＿＿＿＿＿（簽名且蓋章）身分證字號：＿＿＿＿＿＿ 聯絡電話：＿＿＿＿＿＿

本授權書書立日期：中華民國　　年　　月　　日

本保險公司（被授權人）向輔仁大學附設院聲明並保證下列事項：

一、被授權人已當面口頭向立授權書人詳細說明本授權書內容及查詢病歷資料之範圍和風險，並由立授權書人本人填寫與確認授權查詢範圍。

二、被授權人對於因本件授權而取得之任何病人資料、文件、訊息等，不得違法或於授權範圍外利用而侵害立授權書人、被查詢人或其他任何人之權益。

三、被授權人如違反上開約定，應依法負擔民事、刑事及行政法等法律責任，並願賠償病人及輔仁大學附設院因此所衍生之一切損失。

□被授權人對於上述聲明及保證事項已充分瞭解，並確實依照規定辦理。（必勾選）

被授權人（保險公司）

（※請蓋保險公司關防章）

聯絡人	
聯絡電話	
聯絡地址	台北市信義區松高路1號28樓

備註：1. 若為病人本人申請者，請提供身分證影本；如為利害關係人申請，應同時檢附授權書人身份證明文件影本及證明與被查詢人間具有本授權書上所記載利害關係之文件影本（如戶口名簿、法院裁定書等，視利害關係人之身份提出之）。

2. 病人若已往生，立授權書人必須為具繼承權人之親屬或遺囑執行人，且提供病人死亡證明書或除戶證明，並附加自己的身分證影本及與病人之關係證明文件。