

# 新 北 市 三 芝 區 衛 生 所

## 病 歷 申 請 書

申請日期：      年      月      日

|       |      |       |                         |
|-------|------|-------|-------------------------|
| 用途    |      | 出生年月日 | 民國      年      月      日 |
| 申請人姓名 | (簽章) | 身分證號碼 |                         |
| 現居住址  |      |       |                         |
| 戶籍地址  |      |       |                         |
| 聯絡電話  |      |       |                         |

※受託之代理人為保險公司者，填寫代理人姓名後直接跳至公司名稱並往下填寫

|        |      |       |                         |
|--------|------|-------|-------------------------|
| 代理人姓名  | (簽章) | 出生年月日 | 民國      年      月      日 |
| 與申請人關係 |      | 身分證號碼 |                         |
| 現居地址   |      |       |                         |
| 聯絡電話   |      |       |                         |
| 公司名稱   |      |       |                         |
| 公司地址   |      |       |                         |
| 公司電話   |      |       |                         |

### 檢 附 資 料

- ☐ 申請人身分證正影本      ☐ 申請人護照本      ☐ 代理人身分證正影本  
☐ 保險公司服務證影本      ☐ 戶口名簿影本

申請範圍：

- ☐ 整本病歷    ☐ 部份病歷    ☐ 檢查報告    ☐ 病歷摘要    ☐ 照片、X光片

|        |                                                               |
|--------|---------------------------------------------------------------|
| 預訂取件時間 |                                                               |
| 取件方式   | <input type="checkbox"/> 至衛生所領取 <input type="checkbox"/> 掛號郵寄 |

注意事項：

1. 本申請單適用於其指定受託之代理人為 保險公司或其經紀人提出申請。其受託之代理人申請時，需依病歷調閱程序**提出正式公文並連同申請書提出申請**。
2. 取件方式若無指定，一律以掛號郵寄方式。其郵寄費用需自行負擔(附回郵信封)。
3. 保險公司申請、需收取其保險業務查卷費“伍佰元整”。

新北市三芝區衛生所    地址：新北市三芝區中山路一段 12 號

電話：02-2636-2007；02-2636-4850

傳真：02-2636-2003