

# 委託保險公司查詢／影印為恭醫療財團法人為恭紀念醫院病歷資料同意書

本人(或法定代理人)\_\_\_\_\_君同意授權委託由\_\_\_\_\_保險股份有限公司，茲因保險理賠或投保用途所需，而向 貴院調閱被保險人自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日止於 貴院就醫之\_\_\_\_\_請填擬疾病或科別\_\_\_\_\_相關病歷資料，並已知悉本同意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或其他法定傳染病之資料，檢附本人之身份證影本，若發生任何爭議概與 貴院無關。

此 致 為恭醫療財團法人為恭紀念醫院

立同意書人： (簽名加蓋章)

身份證字號：

住 址：

聯 絡 電 話：

## 【立同意書人非被保險人者請填下列資料】

被保險人：

身份證字號：

立同意書人與被保險人關係：

(請檢附身份證影本或戶口名簿等關係證明文件)

受託保險公司用印：

經辦人員：

聯絡電話：

本授權書書立日期： 中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

備註:1. 檢附此同意書需為正本，其有效期限，自授權日期起之三個月內有效。

2. 本保險公司確實經委託人授權代辦本項業務，如有不實，願自負法律責任。