

舒康診所
SHU KANG CLINIC

病歷資料調閱授權書-保險公司專用

病人或法定代理人基本資料					
病人姓名		性別	男 ☐ 女 ☐	出生日期	年 月 日
病歷號碼		身份證字號 (居留證字號)		連絡電話	
聯絡地址					
法定代理人		身份證字號 (居留證字號)			
與病人關係		連絡電話			

當事人委託書

本人茲因 ☐ 投保 ☐ 保險理賠 ☐ 其他：_____ 之需要，同意由 _____ 保險公司向 苗栗縣舒康診所 查詢並以書面方式提供醫療相關資料。

授權查詢範圍：

一、查詢期間：_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日。(3 年內)

二、就診科別(或病名)：_____。(需具體列明，但不以一科為限)

三、查詢項目 ☐ 門、急診 ☐ 出院病歷摘要 ☐ 其他 _____。

如被授權人(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他用時，由被授權人(保險公司)依法負責；本授權書之有效期限，自授權日期起之六個月內有效。

授權人(病人或其法定代理人)姓名：

(親自簽章)

被授權人(保險公司)簽章：

授權日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

註：

1、保險公司應附證明文件：

1. 保險公司公文。
2. 病歷資料調閱授權書正本。
3. 病人本人身分證影本。
4. 病人未滿 20 歲，需由法定代理人申請，並附兩人之關係證明文件。
5. 病人已往生，由繼承人申請，請附上繼承人身份證影本，並檢附足資證明繼承身份之文件。

2、以上資料若有空白未填寫，或檢附之證明文件不齊全，則不予受理查詢。

保險公司用印

舒康診所
SHU KANG CLINIC
保險公司專用病歷摘要

姓 名				出生日期	
病歷號碼				身份證字號	
主要查詢病症及 事項					
查詢病症之 相關就診紀錄	初診日期			科別	
	主 訴				
	診 斷				
	病 因	☐ 意外 ☐ 疾病，先天性疾病 (☐ 是 ☐ 否 ☐ 無法研判)			
治療經過 檢查結果					
住/出院狀況 (含日期、主訴、 診斷、治療方式 及癒後情況)	手術治療(請填寫日期及手術名稱)				
相關檢查(驗)	(請填寫日期、項目、結果)				
複診重點					
最後求診 日期、科別、診 斷					

醫生簽章：

填表日期：

醫院用印：