委託保險公司查詢龍潭敏盛醫院病歷資料同意書

本人(或法定代理人) _____ 同意授權委託由_____保險股份有限公司，查詢因理賠或投保所需資料，而向貴院查詢本人(被保險人)下列病歷內容與範圍，檢附本人之身分證影本，若發生任何爭議概與龍潭敏盛醫院無關。

同意醫療查詢事項如下:

本人同意提供保險公司 □ 制式病歷摘要內容及索引病歷號碼

□ 病歷影本及索引病歷號碼

□ 其他_____

同意查詢病名:

同意查詢時間: 年 月 日至 年 月 日

此致 龍 潭 敏 盛 醫院

立同意書人: （簽章）

身分證字號:

住 址:

連絡 電話:

立同意書人非被保險本人者請填下列資料

被保險人：
身分證字號：
立同意書人與被保險人關係：
（請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件）

受託保險公司用印：

（公司章及負責人章）

經辦人員：

連絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

附註:以上資料若有空白未填則不予受理查詢