病歷資料查詢申請書（保險公司用）

病人姓名		性別	男□ 女□	出生日期	年　月　日	身分證字號/ 居留證字號	
戶籍地址	縣 市	鄉鎮 市區		路 街	段　巷　弄　號　樓　室		
聯絡地址	縣 市	鄉鎮 市區		路 街	段　巷　弄　號　樓　室		
聯絡電話	（　） 手機：		使用目的	□ 投保　□保險理賠 □其他_____			
法定代理人			出生日期	年　月　日	身份證字號		
法定代理人與病人關係		聯絡電話	（　） 手機：		病人或 法定代理人 簽名		
代理人 （保險公司）	遠雄人壽保險事業股份有限公司						
聯絡 地址	台北市信義區松高路 1 號 25 樓						
聯絡 電話	（02）2758-3099			代理公司聯絡人			
				申請日期	年　月　日		
應附證明文件	1.保險公司公文　2.病人（或法定代理人）同意書及委託書 3.備註：依授權人需求隨公文附雙掛號回郵信封乙份						
備　註	醫療機構依醫療法第 71 條規定提供病歷複製本，應以病人或其法定代理人申請為原則；如非病人本人或其法定代理人申請，應檢具病人或其法定代理人載名委託意旨及範圍之委託同意書，使得為之。又如保險公司提具投保時病人所簽概括性條款之同意書，不視為上開所稱之委託同意書；如病患為死亡者，具其繼承權之親屬，均可申請（94.1.19 衛署醫字第 0930220492 號函）。						

當　事　人　委　託　書

本人茲因　　（事由）之需要，同意由＿遠雄人壽＿保險公司，

向新北市立聯合醫院（原臺北縣立醫院）查詢病歷資料，請求提供(請擇一)：

□＿＿＿年＿＿＿月急診相關資料。　□＿＿＿年＿＿＿月住院相關資料。

□＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（診斷）三個月內之門診資料。

□於本院最後就診日內前三個月就診資料。

如代理人（＿遠雄人壽＿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其他用途時，由代理人（＿遠雄人壽＿保險公司）依法負責。

資料影本(**□需要 □不需要**)請新北市立聯合醫院(原臺北縣立醫院)以雙掛號副知本人。

授權人（病人或其法定代理人）姓名：　　（**簽名+蓋章**）

代理人(公司)簽章:　　授權日期:　　年　月　日