



永育醫療
CARINGLINK
HEALTHCARE

☐張育曉診所 ☐總站 18 號診所 ☐六安復健科診所 ☐101 時尚診所
☐康樂診所 ☐樂群診所 ☐永育診所 ☐大湖診所

理賠部

保險公司查詢病歷申請書

本保險員_____任職於_____保險公司

因_____之需要，向貴診所查詢病患_____先生/女士之病歷
(期間為 民國_____年____月____日至 民國_____年____月____日)，決不
藉此作出違反該病患權益之作為，否則負完全之法律及賠償責任。

申請人簽名：_____連絡電話：_____

當場 查驗	☐ 申請人公司服務證明正本 (例：識別證、在職證明書等...名片不算)	繳交	☐ 保險公司查詢病歷申請書
	☐ 申請人身分證正本		☐ 公司服務證明影本 ☐ 申請人身分證影本 ☐ 病患本人(被保險人)同意書正本 ☐ 病患本人(被保險人)身分證影本 ☐ 保險公司出示公文正本

請先掛號櫃檯提出申請(現場或傳真)，將由專人為您服務。

以上資料備齊後，再前來面談，否則不予受理。

	項目	期間	份數(張數)	收費小計
申請明細	查詢費(1000 元)		1 份	\$
	報告影本(書面及影像資料) 50 元/張		張	\$
	影印病歷		張	\$
	診斷書 (☐ 本院 ☐ 自備格式)		份	\$
承辦人	簽名：_____年____月____日	合計金額：	\$	_____
領件人簽名	簽名：_____年____月____日			

中華民國_____年____月____日

申請委託書(保險公司病歷調閱)

本人_____因故無法親自至貴診所申請病歷資料影本，同意_____保險業務員
調閱本人於貴診所的病歷資料以供投保/理賠參考，立同意書人絕無異議，特立此書為憑。

立委託書人：_____ (簽章) 身分證字號：_____ 電話：_____

被委託書人：_____ (簽章) 身分證字號：_____ 電話：_____

與立委託書人的關係：_____ 中華民國_____年____月____日

P-1