委託保險公司查詢敏盛綜合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敏盛綜合醫院無關。

同意醫療查詢事項如下:

本人同意提供保險公司 □ 索引病歷號碼及制式病歷摘要內容

□ 索引病歷號碼及病歷影本

□ 其他_____

同意查詢病名:

同意查詢時間:　　年　　月　　日至　　年　　月　　日

此致　　敏 盛 綜 合 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