

病歷資料調閱授權書

病歷號：

申請日期： 年 月 日

病人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	出生	日期	年 月 日	身分證字號/ 居留證字號		
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	<input type="checkbox"/> 1.投保 <input type="checkbox"/> 2.保險理賠 <input type="checkbox"/> 3.其他_____						
法定代理人		出生日期		年	月	日	身份證號		
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		
被授權人 (保險公司)									
聯絡地址	縣市	鄉鎮市區		路	街	段	巷	弄 號 樓 室	
聯絡電話	()	被授權公司連絡人							
		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(正本) 3.備註：依授權人需求隨公文附雙掛號回郵信封乙份								

- 備註：**
1. 醫療法第七十條：醫療機構之病歷，應指定適當場所及人員保管，並至少保存七年。但未成年者之病歷，至少應保存至其成年後七年；人體試驗之病歷，應永久保存。
 2. 本查詢申請書以單次為原則，查詢內容以門診、急診及住院為主，查詢資料以固定表格回文，依狀況提供出院病摘或重要報告佐證，並非『病歷資料影印申請書』。
 3. 立授權書人已知悉本授權書所授權查閱之病歷資料內容，可能含有人類免疫缺乏病毒傳染病或其他法定傳染病之資料。被授權人應向立授權書人當面口頭詳細說明，讓立授權書人確定知悉其可能授權之範圍和風險，立授權書人亦可保有相關撤回之權利
 4. 授權有效期間：本授權書書立日期起 6 個月。

授 權 人 委 託 書

本人茲因 _____ (事由) 之需要，同意由 _____ 保險公司，向臺北市立萬芳醫院查詢病歷資料，請求提供 _____ 年 _____ 月至 _____ 年 _____ 月之 _____ (診斷)就診資料 (含該症初診日期就診資料) 及診斷書上其他診斷之最初就醫日期資料。

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它用時，由被授權人依法負責。因本授權書內容或效力所生之爭議，應由被授權人負責，概予臺北市立萬芳醫院無關，立授權書人或被查詢人不得向臺北市立萬芳醫院為任何法律上之主張。

資料影本 需要 (需附雙掛號回郵信封乙份) 請臺北市立萬芳醫院以雙掛號副知本人。
不需要

授權人 (病人或其法定代理人) 姓名： _____ (親自簽章)

被授權人(公司)簽章：

授權日期： 年 月 日