

寶建醫療社團法人寶建醫院

病歷資料查詢申請委託同意書（保險公司專用）

本人（病人本人或未婚之未成年病人之法定代理人）

病人姓名		性別 ☐ 男 ☐ 女	年齡		身分證字號		病歷號碼	
							電話	
聯絡地址	市（縣） 鎮 區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓							
法定代理人/監護人/輔助人姓名		性別 ☐ 男 ☐ 女	年齡		身分證字號		與病人關係	
							電話	
聯絡地址	市（縣） 鎮 區 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓							

茲因 ☐ 保險公司投保 ☐ 保險理賠之需要，同意由以下保險公司向寶建醫療社團法人寶建醫院查詢自
 年____月____日至____年____月____日止病歷資料，請依查詢主要病症提供相關資料。
 此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

立同意書人（簽名及蓋章）：

身分證字號：

聯絡電話：

（立同意書人非保險人本人，請檢附身分證影本或戶口名簿等相關證明文件）

授權日期：中華民國 年 月 日

備註說明：

1. 除被保險人無行為能力、限制行為能力、受監護宣告、受輔助宣告或已死亡外，簽立同意書人需為被保險人本人，否則不予受理。
2. 被保險人無行為能力、限制行為能力、受監護宣告、受輔助宣告或已死亡者，應由法定代理人代為簽立同意書。
3. 申請時請檢附此委託書正本，如有塗改，塗改處須蓋有立同意書人印章，否則視為無效。
4. 若上述資料未填寫完整、明確，則不予受理。本委託書之有效期限為自授權日起之3個月內。

受託保險公司用印（公司章及負責人章）

經辦人員：

聯絡電話：

本代理申請保險公司確實經委託人授權代辦本項業務，如有虛假、偽照，願負法律責任，並願賠償寶建醫療社團法人寶建醫院因此所衍生之一切損失。