大順醫院
DA SHUN HOSPITAL
病歷資料調閱授權書-保險公司專用

病人或法定代理人基本資料							
病人姓名		性別	男 □ 女 □	出生日期	年　月　日		
病歷號碼		身份證字號 (居留證字號)		連絡電話			
聯絡地址							
法定代理人		身份證字號 (居留證字號)					
與病人關係		聯絡電話					

當 事 人 委 託 書

本人茲因□投保 □保險理賠 □其他:_____之需要，同意由_____保險公司向**苗栗縣大順醫院**查詢並以書面方式提供醫療相關資料。

授權查詢範圍：

一、查詢期間：_____年____月____日～_____年____月____日。(3 年內)

二、就診科別（或病名）：_____。（需具體列明，但不以一科為限）

三、查詢項目□門、急診 □出院病歷摘要 □其他_____。

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他用時，由被授權人（保險公司）依法負責；本授權書之有效期限，自授權日期起之六個月內有效。

授權人（病人或其法定代理人）姓名：　　（親自簽章）

被授權人（保險公司）簽章：

授權日期：　　年　　月　　日

保險公司用印

註：

1、保險公司應附證明文件：

1. 保險公司公文。
2. 病歷資料調閱授權書正本。
3. 病人本人身分證影本。
4. 病人未滿 20 歲，需由法定代理人申請，並附兩人之關係證明文件。
5. 病人已往生，由繼承人申請，請附上繼承人身份證影本，並檢附足資證明繼承身份之文件。

2、以上資料若有空白未填寫，或檢附之證明文件不齊全，則不予受理查詢。