

**臺北市立聯合醫院**  
**病歷資料申請委託同意書(保險公司專用)**

修訂日期：105/12

本人茲因\_\_\_\_\_ (事由) 之需要，同意授權委託\_\_\_\_\_ 保險公司向貴院查詢並以書面方式提供就醫相關資料，授權查詢範圍如下：

期間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

病名或科別：\_\_\_\_\_

項目(可複選)：門診紀錄 急診紀錄 出院病摘 檢(驗)查報告  
住院護理紀錄 病歷摘要 其他：\_\_\_\_\_

※ 若修改請務必於修改處簽章

此致 臺北市立聯合醫院 (\_\_\_\_\_院區)

立同意書人： \_\_\_\_\_ 簽名加蓋章

身分證字號：

住 址：

聯 絡 電 話：

(請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件)

**【立同意書人非被保險人本人者請填下列資料】**

被保險人： \_\_\_\_\_ 簽名加蓋章

身分證字號：

立同意書與被保險人關係：

(請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件)

授權日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(必填)

本保險公司確實經委託人授權代辦本項業務，如有偽造、冒用、變造、逾越授權之使用目的或此同意書發生異議時，本公司願負法律責任，並賠償臺北市立聯合醫院因此所衍生之一切損失。	受託保險公司用印： (公司章及負責人章)
經辦人員	
聯絡電話	

附註：以上資料若有空白未填或未核章則不予受理；本委託書之有效期限為自授權日起三個月內。