

臺北市立聯合醫院
病歷資料調閱授權書(保險公司專用)

修訂日期：114/06/27

立授權書人_____茲授權_____人壽(產物)保險股份有限公司(下稱被授權人)向臺北市立聯合醫院查詢並以書面方式提供醫療相關資料，授權查詢事項如下：

一、被查詢人基本資料

姓名：_____身分證字號：_____聯絡電話：_____

聯絡地址：_____

二、與被查詢人之關係(請勾選)

本人利害關係人(請同時勾選其中一項：法定代理人繼承人監護人輔助人)

三、調閱病歷資料用途(請勾選)

投保商業保險 申請商業保險理賠 申請商業保險契約內容異動變更

四、被查詢人就診資料查詢範圍

(一) 查詢期間：_____年_____月_____日~_____年_____月_____日。(5年內)

(二) 查詢院區：_____院區 全院區^{註二}。

(三) 就診科別/病名：_____。(應具體列明，不以一科別/病名為限)

(四) 查詢項目(請勾選，可複選)：

門診紀錄 急診紀錄 出院病歷摘要/病歷摘要 手術紀錄 檢驗(查)報告

其他_____

五、立授權書人另聲明同意下列事項：

- (一) 被授權人應以正式公文檢附本授權書正本向臺北市立聯合醫院申請查詢病人之病歷。
- (二) 立授權書人已知悉本授權書所授權查詢之病歷資料內容，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。
- (三) 因本授權書內容或效力所生之爭議，應由被授權人負責，概予臺北市立聯合醫院無關立授權書人或被查詢人不得向臺北市立聯合醫院為任何法律上之主張。

立授權書人：_____ (親自簽名加蓋章) 身分證字號：_____

聯絡電話：_____ 聯絡地址：_____

本授權書書立日期：_____年_____月_____日 (自授權日期起之3個月內有效)

被授權人對於因本件授權而取得之任何資料、文件、訊息等，不得違法利用侵害立授權書人、被查詢人或其他任何人之權益。被授權人如違反上開約定，應依法負擔民事、刑事及行政法等法律責任，並願賠償病人及臺北市立聯合醫院因此所衍生之一切損失。	被授權人(保險公司)用印： (公司章及負責人章)
經辦人員	
聯絡電話	

備註：

一、填寫須知及注意事項：

- (一) 本授權書請由立授權書人親自填寫。如有塗改，塗改處須蓋有被查詢人(利害關係人)印章，否則視為無效。
- (二) 若為被查詢人本人申請，請提供身分證影本；如由利害關係人(包括未婚未成年人的法定代理人、受監護或輔助之宣告者的監護人或輔助人、繼承人)申請，應同時檢附立授權書人之身分證明文件影本及證明與被查詢人間具有本授權書上所記載利害關係之文件影本(如戶口名簿、除戶戶籍謄本、法院裁定等，視利害關係人之身分提出)。
- (三) 被查詢人如有更改過姓名，請提供戶籍謄本影本。
- (四) 被查詢人若已往生，利害關係人必須為具繼承權人之親屬或遺囑執行人，且提供被查詢人死亡證明書或除戶證明，並附加該關係人的身分證影本及與被查詢人之關係證明文件。
- (五) 若上述資料未填寫完整、明確、非本院制定之授權書申請格式，則不予受理。

二、收費原則：

勾選授權查詢「全院區」者(發文至院本部 108220 臺北市萬華區艋舺大道 101 號 10 樓醫療事務室)，經查無相關病歷資料，按查卷費計收；經查有相關病歷資料，則另予通知依案發送正式公文並收取查卷費。