



## 授權委託保險公司查詢光田綜合醫院病歷資料同意書

病人 (被保險人) 姓名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年 月 日	身分證號		<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿	病歷號碼
聯絡地址							電話	
							手機	
法定代理人(病人未滿18歲)或繼承人(病人往生者)填寫欄								
法定代理人 (繼承人) 姓名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年 月 日	身分證號		與病人之關係	
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同上						電話	
							手機	

茲因  保險投保  保險理賠之需要，同意授權委託 \_\_\_\_\_ 保險公司，查詢病人(被保險人)之就診資料，如保險公司有逾越授權申請資料之範圍，或將資料作為他用時，由立同意書人與保險公司依法負責。

類別	查詢科別	查詢區間
<input type="checkbox"/> 門診		
<input type="checkbox"/> 急診		
<input type="checkbox"/> 住院		
<input type="checkbox"/> 其他		

此致 光田醫療社團法人光田綜合醫院

立同意書人(病人/法定代理人/繼承人)簽名：\_\_\_\_\_ (親自簽名及蓋章)

保險機構簽章：

經辦人員：

連絡電話：

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

備註：

- 一、本同意書之有效期限，自授權日期之三個月內有效。
- 二、應檢附文件
  - (一)本同意書正本，如有塗改，塗改處須蓋有立同意書人印章，否則視為無效。
  - (二)病人本人身分證影本，未滿12歲無身分證者，請附戶口名簿影本。
  - (三)病人(被保險人)未滿18歲，須由法定代理人簽章，並附二人之關係證明(身分證或戶口名簿)。
  - (四)病人(被保險人)已往生者，由繼承人申請，請附上繼承人身分證影本，並檢附足資證明繼承身份之戶籍資料。
- 三、上述資料未填寫完整或應檢附之資料不齊全，則不予受理。