

病歷資料查詢申請書

病歷號：

申請日期： 年 月 日

病人姓名	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生 日期	年 月 日	身分證字號/ 居留證字號	
戶籍地址	縣市	鄉鎮 市區	路 街	段	巷 弄 號 樓 室
聯絡地址	縣市	鄉鎮 市區	路 街	段	巷 弄 號 樓 室
聯絡電話		使 用 的	<input type="checkbox"/> 1.保險理賠 <input type="checkbox"/> 2.其他_____		
法定代理人 姓名		出 生 日 期	年 月 日	身 份 證 號	
法定代理人 與 病人關係		聯 絡 電 話		病 人 或 法 定 代 理 人 簽 名	
代理人 (保險公 司)	英屬百慕達商安達人壽保險(股)台灣分公司				
聯絡 地址	110 台北市信義區信義路五段 8 號 12 樓				
聯絡 電話	(02) 8161-1988 #7101			代 理 公 司 連 絡 人	
				申 請 日 期	年 月 日
應 附 證 明 文 件	1.保險公司公文 2.病人(或法定代理人)同意書及委託書 3.備註：依授權人需求隨公文附掛號回郵信封乙份				

當 事 人 委 託 書

本人茲因 _____ (事由) 之需要，同意由 英屬百慕達商安達人壽保險公司，向 _____ 醫院查詢病歷資料，請求提供 _____ 年 _____ 月至 _____ 年 _____ 月之 _____ (診斷) 就診資料(含該症初診日期就診資料)及診斷書上其他診斷之最初就醫日期資料。

如代理人(英屬百慕達商安達人壽保險公司)有逾越授權申請資料之範圍，並將申請之資料作為它用時，由代理人(英屬百慕達商安達人壽保險公司)依法負責。

授權人(病人或其法定代理人)姓名： _____ (親自簽章)

代理人(公司)簽章：

授權日期： 年 月 日