

高雄醫學大學附設中和紀念醫院

查詢病歷資料同意書(保險公司專用)

本人(或法定代理人)_____同意授權由_____保險公司，因保險投保或保險理賠之需要，而向貴院查詢本人(被保險人)_____ (身分證字號：_____)之相關病歷資料。若發生任何爭議概與貴院無關，由本人與該公司依法負責。

申請範圍：

- 門診醫師看診記錄：_____科，期間或日期_____ 含報告 不含報告
- 出院病摘，期間或日期_____ 含報告 不含報告
- 檢驗檢查報告，期間或日期_____
- 病理切片報告，期間或日期_____
- 全本

* 申請範圍補充說明：_____

立同意書人	(簽名或蓋章)	身分證字號	
聯絡地址	縣 鄉鎮 村 市 區市 里	街 路 段 巷 弄 號 樓	
聯絡電話		授權日期	年 月 日(必填)
立同意書人與被保險人關係 (請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件)			

受託保險公司用印：
(公司章及負責人章)

本保險公司確實經委託人(立同意書人)授權代辦本項業務，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並願賠償貴院因此所衍生之一切損失。

備註：

- 1.申請時請檢附此同意書正本，如有塗改，塗改處須蓋有立同意書人印章，否則視為無效。
- 2.若上述資料未填寫完整、明確，則不予受理。
- 3.本同意書之有效期限為自授權日期起之三個月內。