

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