

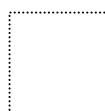
全民健康保險保險人提供資料申請書

當事人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號													
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	()		資料項目範圍	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 年 月至 年 月就醫資料 (擇一勾選): <input checked="" type="checkbox"/> 簡易格式(含「就醫日期」及「就醫院所名稱」) <input type="checkbox"/> 費用格式 <input type="checkbox"/> 醫令格式 <input type="checkbox"/> 2. 投保資料 (擇一勾選): <input type="checkbox"/> 目前在保資料 <input type="checkbox"/> 全部。 <input type="checkbox"/> 3. 其他_____。 <small>註：1.授權保險公司申請僅提供上述第1之簡易格式或2項資料。 2.囿於保險人資料庫容量，上述資料僅就主機現有檔案範圍提供。</small>																
使用目的	壽險理賠			當事人簽名		日期	年 月 日													
代理人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號													
戶籍地址	縣市	鄉鎮市區	路街	段	巷	弄	號	樓	室											
聯絡地址	110 台北市信義區信義路五段 8 號 12 樓																			
聯絡電話	(02) 8161-1988#7101			與本人關係			代理人簽名													
							申請日期	年 月 日												
公司行號	名稱：安達人壽保險(股)公司台灣分公司 負責人姓名：李崇言				地址：110 台北市信義區信義路五段 8 號 12 樓 電話：(02) 8161-1988															
應附證明文件	1.當事人授權書 2.當事人身分證正反面影本或戶口名簿影本 (臨櫃申請，請檢附正本以供查驗) 3.代理人身分證明文件正反面影本 (臨櫃申請，請檢附正本以供查驗) 4.其他_____																			

當 事 人 授 權 書

本人茲因壽險理賠 (事由) 之需要，同意由代理人 (與本人關係：保險代理)，向全民健康保險保險人申請提供 年 月至 年 月之資料 (如申請書所勾選之資料項目及範圍)，且作為壽險理賠之用 (如：壽險理賠)。如代理人有逾越授權申請資料之範圍，或將申請之資料作為它用時，由代理人依法負責。資料影本 不需要、 需要 請中央健康保險署以掛號副知本人，郵遞費用由代理人支付中央健康保險署。

授權人(即保險對象)姓名



(親自簽章) 授權日期 年 月 日