

# 新北市石碇區衛生所病歷申請書暨申請/領件委託書

申請日期：中華民國 年 月 日

用途	<input type="checkbox"/> 1. 轉診 <input type="checkbox"/> 2. 出國 <input type="checkbox"/> 3. 參考 <input type="checkbox"/> 4. 保險核保 <input type="checkbox"/> 5. 保險理賠 <input type="checkbox"/> 6. 兵役 <input type="checkbox"/> 7. 移民 <input type="checkbox"/> 8. 訴訟 <input type="checkbox"/> 9. 補助 <input type="checkbox"/> 10. 重大傷病 <input type="checkbox"/> 11. 其他: _____				
申請人姓名		身分證號碼		出生年月日	/ /
現居地址					
聯絡電話		行動電話		簽章	

※ 若非本人提出申請，請再填寫下列代理人之相關資料／保險公司請加填保險公司相關資料。

代理人姓名		身分證號碼		出生年月日	/ /
現居地址					
聯絡電話		行動電話		簽章	
與申請人關係					
※公司名稱					
※公司地址					
※公司電話					

檢附資料 ※ 請依申請人(代理人)檢附下列相關資料並浮貼影本於後

本人或法定代理人:

本人身份證正本 未成年之戶口名簿 法定代理人身分證件正本 雙方關係證明文件

非本人: 本人及代理人雙方身份證件正本 本人委託同意書

往生者資料: 具繼承權之親屬身份證件正本 與患者關係證明文件 除戶證明或死亡證明

申請範圍：

整本/部份病歷( 年 月 日至 年 月 日)

檢查報告(抽血、X光等)  期間收據  各類證明( )

預訂取件時間		取件方式	<input type="checkbox"/> 門診時間自取 <input type="checkbox"/> 掛號郵寄(自備填妥收件資料的郵局便利袋/箱)
--------	--	------	--

注意事項：

1. 本申請單適用於其指定受託人之代理人為保險公司或其經紀人提出申請。其受託之代理人申請時，需依病歷調閱程序提出正式公文並連同委託書提出申請。
2. 保險公司申請、需收取其保險業務查卷費“伍佰元整”。

領收人簽名：

本人 代理人；領收日期 年 月 日

## 新北市石碇區衛生所病歷摘要及複製本申請委託同意書

本人\_\_\_\_\_（病患本人或未成年病患之法定代理人）因無法親自至新北市石碇區衛生所申請病歷資料影本，同意代理人\_\_\_\_\_（先生/女士）代為申請\_\_\_\_\_於新北市石碇區衛生所\_\_\_\_\_（期間）之\_\_\_\_\_（病歷內容）。此代理行為視同本人行為並由本人承擔一切責任。

立同意書人：\_\_\_\_\_（簽章）；身分證字號：\_\_\_\_\_

代理申請人：\_\_\_\_\_（簽章）；身分證字號：\_\_\_\_\_；

與病人之關係：\_\_\_\_\_

※ 本代理人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償貴所衍生之損失。

## 新北市石碇區衛生所病歷摘要及複製本領件委託同意書

本人\_\_\_\_\_（病患本人或未成年病患之法定代理人）因無法親自至新北市石碇區衛生所申請病歷資料影本，同意\_\_\_\_\_（先生/女士）代為申請\_\_\_\_\_於新北市石碇區衛生所\_\_\_\_\_（期間）之\_\_\_\_\_（病歷內容）。此代理行為視同本人行為並由本人承擔一切責任。

立同意書人：\_\_\_\_\_（簽章）；身分證字號：\_\_\_\_\_

代理申請人：\_\_\_\_\_（簽章）；身分證字號：\_\_\_\_\_；

與病人之關係：\_\_\_\_\_

※ 本代理人確實經委託人授權代辦領取資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償貴所衍生之損失。

證件影本粘貼處 （非本人申請時需粘貼本人及代理人證件影本）