

委託保險公司查詢病歷資料同意書

本人（或法定代理人）_____ 同意授權委託由 _____
保險股份有限公司，因保險理賠或保險投保所需，向新正薪醫院查詢本人（被保險人）
_____（身分證字號：_____）之相關病歷資料，並檢附本人之身分證
影本，若發生任何爭議概與貴院無關，由本人與該公司依法負責。

申辦資料範圍：門、急診期間：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

住院期間：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

查詢範圍說明：_____

此致

新正薪醫院

立同意書人：_____（簽名及蓋章）

身份證字號：

住 址：

聯絡電話：

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）

授權日期：_____年_____月_____日（必填，自授權日期三個月內有效）

受託保險公司用印：

（公司章及負責人章）

本保險公司確實經由委託人（立同意書人）授權代辦此項業務，如有逾越授權申請資料之範圍，
並將申請資料作為他用，或有虛假、偽冒，或於此委託同意書發生異議時，願負法律責任，並
願賠償貴院因此所衍生之一切損失。

附註：1. 以上資料若有空白未填寫完整、明確，不予受理查詢。

2. 申請時請檢附此同意書正本，如有塗改，塗改處須有立同意書人印章，否則視為無效。

3. 本同意書只適用於授權上述查詢範圍、申辦資料範圍期間之診療記錄，並提供該期間之病歷摘要。