

育禾婦幼中心

病歷資料調閱授權書(保險公司專用)

本人(委託人) _____ 因 工作 出國 生病 路途遙遠

其他因素 _____ 無法親自申請病歷資料影本，

同意代理人(受委託人) _____ (先生/女士)代為申請；此代理行為視

同本人行為，並由本人承擔一切責任。

本人(委託人)： _____ (簽章)

身分證號碼：

連絡電話：

日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

代理人(受委託人)： _____ (簽章)

身分證號碼：

連絡電話：

日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

代理人確實經委託人授權代辦本項業務，如有虛假、偽冒，願負法律責任。

說明：

1. 病人本人(委託人)未能親自申請者，均須填寫本授權書。
2. 代理人申請應出示病人本人、代辦人身分證及第二證件影本。(如背面附件)
3. 保險公司查件 \$1000 (依醫師公會規定)

◎請檢附委託人暨受委託人之身分證正、反面影本

委託人之身分證正、反面影本

身分證正面影本黏貼處	身分證反面影本黏貼處
------------	------------

委託人之第二證件(健保卡或駕照)

第二證件正面影本黏貼處

受委託人之身分證正、反面影本

身分證正面影本黏貼處	身分證反面影本黏貼處
------------	------------

受委託人之第二證件(健保卡或駕照)

第二證件正面影本黏貼處
