

育禾婦幼中心

病歷資料申請

委託人姓名	病歷號碼	身分證字號	出生日期	連絡電話
范 莉 君		A223456789	88.09.17	0911233456
受委託人姓名	與病人關係	身分證字號	出生日期	連絡電話
王 小 明	夫 妻	B123456789	85.05.13	0922345678

申請用途： 保險 轉診 出國 其他 _____

申請內容	期間	份數	備註
護理紀錄	107.09.17 – 107.09.22	2	

收費標準注意事項

1. 國外保險
2. 每次就醫(門診、住院)紀錄、手術紀錄、護理紀錄、病歷摘要、檢查、檢驗報告，申請費用 200 元，第二頁起每頁收費 20 元。
3. 本人申請請攜帶身分證正本核對身分。非本人申請者：請攜帶雙方身分證正本及委託書核對身分。
4. 自本院通知日期兩個月內如未領件者，本院將申請資料自動銷毀。

主治醫師簽名：_____

經手人：_____

◎請檢附委託人暨受委託人之身分證影本正、反面各乙張(黏貼於此面)

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)

◎請檢附委託人暨受委託人之身分證影本正、反面各乙張(黏貼於此面)

第二證件正面影本黏貼處