

佛教慈濟醫療財團法人嘉義慈濟診所

病歷資料同意查詢申請書

病患資料填寫欄								
病患姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證字號/ 居留證字號	
聯絡地址							電話：() 手機：	
法定代理人資料填寫欄(若為本人即不需填寫)								
法定代理人		出生日期		年 月 日	身分證字號			
與病人關係		簽名					電話：() 手機：	

授權人同意查詢書

本人因 投保 理賠 其他 _____ 之需要，同意授權 _____ 保險公司，向佛教慈濟醫療財團法人嘉義慈濟診所申請查詢病歷資料，請求提供(請擇一)

1. _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 急診，診斷：_____
2. _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 住院，診斷：_____
3. _____ 年 _____ 月 _____ 日 住院之出院病歷摘要(一年內)
4. _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 門診(二年內)，診斷：_____

授權人(病人或其法定代理人)姓名：_____ (親自簽名加蓋章) 授權

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 (必填，自授權日期起之三個月內有效)

如代理人 _____ 保險公司有以下情形，由代理人負完全法律責任。

1. 逾越授權申請資料之範圍，並將申請之資料作為他用時。
2. 病歷資料申請委託同意書如發生異議時。
3. 立授權書人已知悉本授權書所授權查閱之病歷資料內容，可能含有人類免疫缺乏病毒傳染病或其他法定傳染病之資料。被授權人應向立授權書人當面口頭詳細說明，讓立授權書人確定知悉其可能授權之範圍和風險，立授權書人亦可保有相關撤回之權利。

代理人(保險機構)簽章：_____

備註：一、保險機構應附證明文件：

1. 於有限期限內之病歷資料同意查詢申請書正本。
2. 病人本人身分證影本，病人若未滿 12 歲無身分證者，請附上戶口名簿影本(請註明『與正本相符』及『如有異議由本公司負完全法律責任』)。
3. 授權人未滿 20 歲或往生，需由法定代理人簽章，並附可證明二人關係之戶口名簿或戶籍謄本影本(請註明『與正本相符』及『如有異議由本公司負完全法律責任』)。
4. 授權人如無法簽名請蓋印鑑章並檢附印鑑證明。

二、以上資料若填寫不完整、不明確或相關證明文件未依規定提供，即不予以受理。