



病人(被查詢人)資料填寫欄									
病人姓名		性別		生日	____年__月__日	身分證字號		病歷號碼	
通訊地址							電話		
申請目的	<input type="checkbox"/> 投保商業保險 <input type="checkbox"/> 申請商業保險理賠 <input type="checkbox"/> 申請商業保險契約內容異動						手機		
授權人(病人未滿 20 歲或病人往生者)資料填寫欄									
授權人姓名		生日	____年__月__日	身分證字號			電話		
與病人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 繼承人						手機		
<p>病人(或授權人)_____因向_____保險公司投保保險,茲為理賠(或核保)用途需要,病人(或授權人)同意貴院提供以下範圍之病歷資料予該保險公司:</p> <p>一、查詢期間: _____年____月至_____年____月病歷資料(最多5年)</p> <p>二、查詢範圍 <input type="checkbox"/> 門急診 <input type="checkbox"/> 住院</p> <p><input type="checkbox"/> 查詢就診科別: _____(應具體列明)</p> <p><input type="checkbox"/> 查詢就診病名: _____(應具體列明)</p> <p>此致</p> <p>建佑醫院</p> <p>授權人簽章: _____ 民國_____年____月____日(必填)</p>									
<p>【備註】:</p> <p>一、被授權人對於因本件授權而取得之任何資料、文件、訊息等,不得違法利用侵害授權人、被查詢人或其他任何人之權益。被授權人如違反上開約定,應依法自行負擔民事、刑事及行政等一切法律責任。</p> <p>二、本同意書之有效期限,自授權日起六個月內有效。</p> <p>三、保險機構應檢附之證明文件:</p> <p>(一) 查詢病歷資料同意書正本。</p> <p>(二) 授權人本人身分證影本。如由法定代理人、繼承人或監護人授權申請者,應一併檢附授權人之身分證明文件影本及證明與被查詢人間具有本授權書上所記載關係之文件影本(如戶口名簿、除戶戶籍謄本、法院裁定等,若關係證明為影本,應註明『此影本與正本相符』及『如有不實或第三人提出異議時皆由被授權人自負法律責任』)。</p> <p>四、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。</p> <p>五、因本授權書內容或效力所生之爭議,應由被授權人負責,概予貴醫院無關,立授權書人或被查詢人不得向貴醫院為任何法律上之主張。</p>									