



病歷資料查詢委託書 (保險公司專用)

本人 (病人本人或其法定代理人)

病人姓名		性別		年齡		身分證字號		病歷號碼	
聯絡地址								電話	
法定代理人姓名		性別		年齡		身分證字號		與病人關係	
聯絡地址								電話	

茲因 保險投保 保險理賠之需要，委託以下保險公司，代理本人向新北仁康醫院查詢病歷資料，查詢病歷資料範圍為全本病歷或部份病歷(期間：____年__月__日至____年__月__日止或疾病名：_____)，請依保險公司檢附的公文中查詢主要病症提供病歷摘要。

此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

立委託書人： (簽名且蓋章)

身分證字號：

聯絡電話：

委託有效期限：自民國____年__月__日起至民國____年__月__日止

代理查詢保險公司	(請蓋保險公司關防章)	代理保險公司聯絡人	
聯絡地址		聯絡電話	

本保險公司確實經委託人授權代辦本項業務，如有虛假、偽冒，願負全部法律責任，並願賠償新北仁康醫院因此所衍生之一切損失。

註 1：立委託書人必須為病人本人或其法定代理人(包括未婚未成年人的法定代理人及禁治產宣告者的監護人)，皆需提供身分證影本及相關證明文件。

註 2：病人若已往生，立委託書人必須為具繼承權人之親屬或遺囑執行人，且提供病人死亡證明書或除戶證明，並附加自己的身分證影本及與病人之關係證明文件。

註 3：本委託書必須填寫完整且不可為影本，並附上應有的證明文件，方予受理。