

**臺北醫學大學附設醫院**  
**病歷資料影印申請委託同意書（保險公司專用）**

病人姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡		身 份 證 號		病 歷 號 碼	
通訊住址	市（縣）	鎮 區	里	鄰	路 街	段	巷	弄	號 樓
法定代理人 （繼承人） 姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡		身 份 證 號		與病人關係	
								電 話	
通訊住址	市（縣）	鎮 區	里	鄰	路 街	段	巷	弄	號 樓

茲因保險公司投保保險理賠之需要，同意由以下保險公司向臺北醫學大學附設醫院查詢病歷資料，請提供\_\_\_\_年\_\_\_\_月至\_\_\_\_年\_\_\_\_月之\_\_\_\_（診斷）就診資料及診斷書上其他診斷之最初就醫日期資料。資料影本（需要不需要）請臺北醫學大學附設醫院以雙掛號副知本人。此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

簽署人（簽名及蓋章）：

身分證字號：

聯絡電話：

（簽署人非保險人本人請檢附身分證影本、戶口名簿或戶籍謄本等相關證明文件）

申請日期：中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

有效期限：本同意書申請日期起 6 個月

備註說明：

1. 保險公司應依簽署人需求隨公文附雙掛號回郵信封乙份。
2. 除被保險人無行為能力、限制行為能力、受禁治產宣告或已死亡外，簽立同意書人需為被保險人本人，否則不予受理。
3. 被保險人無行為能力、限制行為能力、受禁治產宣告，應由法定代理人代為簽立同意書。
4. 往生者資料之領件，具其繼承權之親屬須提供身分證正本，及與病人關係之證明文件、病人除戶證明；本項如由代理人申請，需備齊前述資料及委託同意書、代理人身分證正本以供查驗、影印留存。
5. 查詢時請檢附此申請書正本，若以上資料有空白未填則不予受理。
6. 本同意書如有塗改，塗改處需蓋有簽署人印章，否則本份同意書視為無效，將不予受理。
7. **簽署人已知悉本同意書所同意查閱之內容，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。保險公司應向簽署人當面口頭詳細說明，讓簽署人確定知悉可能同意之範圍和風險，簽署人亦可保有相關撤回之權利。**

受託保險公司用印（公司章及負責人章）

經辦人員：

聯絡電話：

本代理申請保險公司確實經委託人授權代辦本項業務，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並願賠償臺北醫學大學附設醫院因此所衍生之一切損失。

107年03月22日病歷管理委員會審查通過