



常春醫院

病歷資料查詢委託書(保險公司專用)

病人姓名	身分證字號	病歷號	由醫院填寫
出生日期	連絡電話		
聯絡地址			
授權目的	<input type="checkbox"/> 保險投保 <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 申請商業保險契約內容異動變更		
授權查詢範圍	※本院係依據所授權查詢之範圍提供資料，可能會含有人類免疫缺乏病毒傳染病、其他法定傳染病及精神疾病之病歷資料，請立授權書人務必審慎填寫。		
(請立授權書人填寫)	一、查詢期間：_____年_____月_____日前_____年(月)內。(5年內) 二、就診科別：_____。(應具體列明，但不以一科為限) 三、查詢項目(請勾選，可複選)： <input type="checkbox"/> 門診紀錄 <input type="checkbox"/> 急診紀錄 <input type="checkbox"/> 出院病歷摘要 <input type="checkbox"/> 檢驗報告 <input type="checkbox"/> 其他(請填項目)：_____。		
茲因病人保險之需要，聲明授權及同意下列事項： 一、授權_____保險公司(下稱被授權人)，向 常春醫院 查詢並以書面方式提供醫療相關資料。 二、被授權人應以正式公文檢附本授權書正本向 常春醫院 申請查詢病人之病歷。 三、 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、其他法定傳染病及精神疾病之病歷資料。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。 四、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 常春醫院 無關，立授權書人或被查詢人不得向 常春醫院 為任何法律上之主張。 五、本授權同意書有效期限為書立日期起6個月內。 <input type="checkbox"/> 立授權書人已詳閱及充分瞭解以上事項，並同意常春醫院依上述事項、授權書內容、授權查詢範圍提供被授權人病歷資料。(必勾選)			
立授權書人： (簽名且蓋章) 身分證字號： 與病人之關係(請勾選)： <input type="checkbox"/> 本人、 <input type="checkbox"/> 法定代理人、 <input type="checkbox"/> 繼承人、 <input type="checkbox"/> 監護人、 <input type="checkbox"/> 輔助人 連絡電話(家用/公司)： _____ *手機電話(必填)： *本院收到授權書後，會以簡訊或電話通知保戶(立授權書人)本院已收到申請病歷資料調閱授權書。 本授權書書立日期：中華民國_____年_____月_____日。			
本保險公司(被授權人)向常春醫院聲明並保證下列事項： 一、被授權人已當面口頭向立授權書人詳細說明本授權書內容及查詢病歷資料之範圍和風險，並由立授權書人本人填寫與確認授權查詢範圍。 二、被授權人對於因本件授權而取得之任何病人資料、文件、訊息等，不得違法或於授權範圍外利用而侵害立授權書人、被查詢人或其他任何人之權益。 三、被授權人如違反上開約定，應依法負擔民事、刑事及行政法等法律責任，並願賠償病人及常春醫院因此所衍生之一切損失。			被授權人(保險公司)
<input type="checkbox"/> 被授權人對於上述聲明及保證事項已充分瞭解，並確實依照規定辦理。(必勾選)			(※請蓋保險公司關防章)

備註：1. 若為病人本人申請者，請提供身分證影本；如為利害關係人申請，應同時檢附立授權書人身份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利害關係之文件影本(如戶口名簿、法院裁定書等，視利害關係人之身份提出之)。
 2. 病人若已往生，立授權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。
 3. 本授權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。