

# 委託保險公司查詢衛生福利部臺東醫院病歷資料

## 同意書

本人（或法定代理人）\_\_\_\_\_同意授權委託由\_\_\_\_\_保

險股份有限公司，查詢因保險理賠或投保所需資料，而向貴院詢

本人（被保險人）\_\_\_\_\_之\_\_\_\_\_相  
請填姓名 請填擬查詢病歷範圍

關病歷資料，檢附本人身份證影本，若發生任何爭議與貴院無關。

此 致 衛生福利部臺東醫院

立同意書人： (簽章)

身份證字號：

住 址：

聯絡電話：

立同意書人非被保險人本人者請填下列資料

被保險人：

身份證字號：

立同意書人與被保險人關係：

(請檢附身份證影本或口名簿等關係證明文件)

受託保險公司用印：

(公司章及負責人章)

經辦人員：

(保險公司經辦人員)

聯絡電話：

(保險公司經辦人員聯絡電話或手機)

中 華 民 國 年 月 日