

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）張小明 同意授權委託由 XX 人壽 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）張小明 之 貧血、糖尿病 相關病歷資料，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：張小明 小明張（簽章）

身份證字號：AXXXXXXXXX

住 址：臺東市 XXR 街 XX 號

聯絡電話：089-324XXX 0912-345XXX

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：保險公司及其負責人章
（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 XX 年 X 月 X 日

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）王大大 同意授權委託由 XX 人壽 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）王小君 之 貧血、糖尿病 相關病歷資料，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：王大大 大大王（簽章）

身份證字號：AXXXXXXXXX

住 址：臺東市 XXR 街 XX 號

聯絡電話：089-324XXX 0912-345XXX

立同意書人非被保險人本人者請填下列資料

被保險人：王小君

身份證字號：AXXXXXXXXX

立同意書人與被保險人關係：父女

（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：保險公司及其負責人章
（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 XX 年 XX 月 XX 日