高 雄 市 _____區 衛 生 所 病 歷 資 料 申 請 單

申請人姓名	年齡	性別	身分證字號	聯絡電話 住家電話： 行動電話：
聯絡地址：				
與病人關係：□1.本人　□2.配偶　□2.親屬　□3 關係人　□4.其他_____				
用途：□1.轉診　□2.申請保險　□3.訴訟　□4.其他_____ 申請資料：□1.病歷複本　□2.病歷摘要　□3.其他_____				
病患姓名：	年齡	性別	身分證字號	聯絡電話 住家電話： 行動電話：

備註：

1. 未成年人，需由其法定代理人代為申請病歷資料，未成年人亦不得受託申請病歷資料（法定代理人需附關係證明-戶口名簿、健保卡及法定代理人之身分證）。

2. 申請人非本人或法定代理人，應由本人或法定代理人出具委託書。

申請人：　　簽章

申請日期：中華民國　　年　　月　　日