

## 委託保險公司查詢高雄市 林園 區衛生所病歷資料同意書

本人〈或法定代理人〉\_\_\_\_\_因保險理賠或投保所需，同意授權  
\_\_\_\_\_保險股份有限公司查詢資料，向貴所查詢本人〈被保險人〉  
\_\_\_\_\_相關病歷資料，檢附本人〈被保險人〉之身分證影本，若發生任何爭  
議概與貴所無關。

申辦資料範圍：病歷摘要 病歷影本 檢查報告單 其他\_\_\_\_\_

申辦資料期間：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日至 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

查詢項目：\_\_\_\_\_

此致 **高雄市林園區衛生所**

立同意書人： (簽章)

身分證字號：

住 址：

聯 絡 電 話：

被保險人：

身分證字號：

立同意書人與被保險人關係：

(請檢附身分證影本或戶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：

聯絡電話：

申請日期： \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日