填寫說明：
被保人無法自主簽名，需另補齊兩位見證人身份證影本

病歷資料調閱授權書

立授權書人蓋手印及蓋章

105.10

立授權書人__蓋手印+蓋章__茲授權 ○○人壽保險股份有限公司(下稱被授權人)向　貴醫院（診所）查詢並以書面方式提供醫療相關資料，授權查詢事項如下：

一、被查詢人基本資料

填寫被查詢人資料

姓　　名：__○○○__

出生年月日：__**__年__**__月__**__日

身分證統一編號：__S123456789__

一二三項基本資料填寫及勾選關係申請、資料用途

二、與被查詢人之關係(請勾選)(註 1)

□本人

□利害關係人(請同時勾選下列項目其中一項)

□法定代理人　□繼承人　□監護人　□輔助人

三、調閱病歷資料用途(請勾選)

□投保商業保險

□申請商業保險理賠

□申請商業保險契約內容異動變更(請同時勾選下列項目其中一項)(註 2)

□補行告知　□契約轉換　□增加保險金額

四、被查詢人就診資料查閱範圍(請就查詢範圍依示填寫)

查詢期間：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日貴院就診之病歷資料。

（查詢期間範圍往前回溯不得超過 5 年）

查詢項目：_____（請註明科別或疾病名稱）

(**同意複印項目為**_____（請註明科別或疾病名稱）)

※查詢項目本院僅提供病患就醫診療結果摘錄報告；如需複印病歷資料則查詢及同意複印項目皆須填寫清楚。

五、授權有效期間：本授權書書立日期起 6 個月。

六、被授權人對於因本件授權而取得之任何資料、文件、訊息等，不得違法利用侵害立授權書人、被查詢人或其他任何人之權益。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。

七、**※查詢期間範圍往前回溯不得超過 5 年。**

立授權書人另聲明同意下列事項：

一、**請就下列事項勾選，未勾選者視同僅同意以本授權書正本向　貴醫院(診所)申請查詢。**

□被授權人應以正式公文檢附本授權書正本向　貴醫院(診所)申請查詢。

□被授權人得以正式公文檢附本授權書影本向　貴醫院(診所)申請查詢，並應於本授權書影本加註「本影本與正本相同，如發生異議，一切由被授權人負完全法律責任。」之文字並加

蓋與公文相關之專用圖記作背書者，立授權書人同意該授權書影本與正本具同等效力。

二、**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或其他法定傳染病之資料。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**

三、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　貴醫院(診所)無關，立授權書人或被查詢人不得向　貴醫院(診所)為任何法律上之主張。

立授權人蓋手印及蓋章，兩位見證人附身分證影本

此致　　**義大醫療財團法人　　義大大昌醫院**

貴醫院（診所）

立授權書人簽名：蓋手印+蓋章　　（簽名+蓋章）

身分證統一編號：S123456789

聯絡地址：**********

聯絡電話：(　　)-　09*********

被授權人(即承辦人員)簽名及加蓋公司章

被授權人：○○人壽保險股份有限公司

聯絡地址：

聯絡人姓名：

聯絡電話：(　　)-

授權年月日必填

本授權書書立日期：西元　　年　　月　　日

※授權有效期間：書立日期起 6 個月

註：1. 利害關係人授權申請者，應同時檢附立授權書人之身分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、除戶戶籍謄本、法院裁定等，視利害關係人之身分提出之）。

2.「補行告知」係指保險契約投保後簽發保單前新發生或發現影響保險公司危險估計之事項，由要保人(被保險人)向保險公司再行告知；「契約轉換」係指要保人以現有保險契約申請轉換為同一人壽(產物)保險公司之其他保險契約；「增加保險金額」係指要保人以現有保險契約申請增加保險金額。