

## 病歷資料調閱授權書(保險公司專用)

立授權書人\_\_\_\_\_茲授權\_\_\_\_\_人壽(產物)保險股份有限公司  
(下稱被授權人)向 亞東紀念醫院 檢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 (必填)

姓名：\_\_\_\_\_

出生年月日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

身分證統一編號：\_\_\_\_\_

### 二、與被查詢人之關係(請勾選) (必填) (註1、註2)

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) (必填)

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3)

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(請就查詢範圍勾選後依示填寫) (必填) (註4)

查詢期間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日止。(不得超過5年)

就診科別：\_\_\_\_\_ (應具體列明，但不以一科為限)

就診病名：\_\_\_\_\_ (應具體列明，但不以一項病名為限)

查詢項目(請勾選，可複選)

門、急診紀錄 出院病歷摘要 病理報告

其他(請填寫)\_\_\_\_\_

### 五、授權書有效期間：本授權書書立日期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。

※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， 讓立授權書人確定知悉其可能授權之範圍和風險，立授權書人亦可保有相關撤回之 權利。

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 貴醫院無關，立授  
權書人或被查詢人不得向 貴醫院為任何法律上之主張。

此致

## 亞東紀念醫院

(必填)

立授權書人簽名且蓋章: \_\_\_\_\_

身分證統一編號: \_\_\_\_\_

聯絡地址: \_\_\_\_\_

聯絡電話: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_\_

蓋 章

(必填)

被授權人簽名且蓋章: \_\_\_\_\_

聯絡地址: \_\_\_\_\_

聯絡人姓名: \_\_\_\_\_

聯絡電話: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_\_

保險公司用印

本授權書書立日期: 中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (必填)

註:

1. 若病人本人為申請者, 請提供身分證影本; 如為利害關係人(法定代理人、繼承人、監護人、輔助人)代為申請, 應同時檢附立授權書人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、法院裁定書等, 視利害關係人之身分提出)。
2. 病人若已往生, 立授權書人必須為具繼承權人之親屬或遺囑執行人, 且提供病人死亡證明書或除戶證明, 並附自己的身分證影本及與病人之關係證明文件。
3. 「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。
4. 本授權書之各項內容均須填寫完整清楚(如科別及病名), 且不可為影本; 若有空白處未填寫, 或檢附之證明文件不齊全, 則不予受理。