

好甘心診所
病歷資料調閱授權書（保險公司專用）

病人（病人本人或其利害關係人）利害關係人如法定代理人、繼承人、監護人、輔助人

病人姓名		性別		年齡		身分證字號		病歷號碼	
聯絡地址								電話	
利害關係人姓名		性別		年齡		身分證字號		與病人關係	
聯絡地址								電話	

茲因 保險投保 保險理賠 申請商業保險契約內容異動變更之需要，授權以下保險公司（下稱被授權人），向好甘心診所查詢並以書面方式提供醫療相關資料，查詢範圍為全本病歷或部份病歷（期間：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日止或疾病名：_____），請依保險公司檢附的公文中查詢主要病症提供病歷摘要。

立授權書人另聲明同意下列事項：

- 一、被授權人以正式公文檢附本授權書正本向好甘心診所申請查詢。
- 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，概予好甘心診所無關，立授權書人或被查詢人不得向好甘心診所為任何法律上之主張。

立授權書人： _____（簽名且蓋章）

身分證字號：

聯絡電話：

本授權書書立日期：中華民國_____年_____月_____日

授權有效期限：本授權書書立日期起6個月內。

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，並願賠償好甘心診所因此所衍生之一切損失。

代理查詢 保險公司		聯絡人	
		聯絡電話	
	（請蓋保險公司關防章）	聯絡地址	

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）。

註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，並附加自己的身分證影本及與病人之關係證明文件。

註3：本授權書必須填寫完整且不可為影本，並附上應有的證明文件，方予受理。