

# 成美醫院病歷資料複製申請單

年 月 日

患者姓名：\_\_\_\_\_ 病歷號碼：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

★非本人辦理請填寫代理人基本資料：(限配偶或直系親屬)

代理人姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

申請用途：轉診 移民 參考 保險 兵役 補助 訴訟，說明\_\_\_\_\_ 其他\_\_\_\_\_

| 申請複製內容                             | 期間 | 張數 | 總價(元) | 繳驗證件正本  |
|------------------------------------|----|----|-------|---|
| <input type="checkbox"/> 檢驗(檢查)報告單 |    |    |       | 1.本人： <input type="checkbox"/> 身分證<br>2.法定代理人： <input type="checkbox"/> 雙方身分證<br>或 <input type="checkbox"/> 戶口名簿<br>3.被委託人： <input type="checkbox"/> 雙方身分證<br>及 <input type="checkbox"/> 委託書<br><br>核對人員簽章： |
| <input type="checkbox"/> 住院護理記錄單   |    |    |       |   |
| <input type="checkbox"/> 住院病歷      |    |    |       |   |
| <input type="checkbox"/> 門診病歷      |    |    |       |   |
| <input type="checkbox"/> 其他：       |    |    |       |   |
| <b>病歷影本審查醫師簽章：</b>                 |    |    |       |   |

取件方式：複製檢驗報告單當日取件，其他病歷複製本於三日後持繳費收據到一樓櫃檯取件。

取件人簽名：\_\_\_\_\_ 取件日期：\_\_\_\_\_ 核發批價人員簽章：\_\_\_\_\_

註：1.複製張數 20 頁(含)以下 50 元，21-40 頁 100 元，41 頁以上 150 元。

2.由本人親自辦理，非本人需由配偶、父母攜帶雙方身分證正本及委託書辦理。

3.保險公司核保用病歷摘要，請保險公司附病人同意書以公函申請之。

## 申請病歷資料複製委託書

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本人 \_\_\_\_\_ 申請 \_\_\_\_\_，因故無法親自前往辦理，特委託 \_\_\_\_\_ 代為辦理。此致 成美醫院。

委託人：\_\_\_\_\_ (簽名或蓋章) 身分證字號：

地址：縣 鄉鎮 村 鄰 街 段 巷 樓  
市 區市 里 路 弄 號

電話：\_\_\_\_\_ 行動電話：\_\_\_\_\_

被委託人：\_\_\_\_\_ (簽名或蓋章) 身分證字號：

地址：縣 鄉鎮 村 鄰 街 段 巷 樓  
市 區市 里 路 弄 號

電話：\_\_\_\_\_ 行動電話：\_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身分證正反面複製本黏貼背面

委託人

被委託人