

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 2.法定代理人： <input type="checkbox"/> 雙方身分證 或 <input type="checkbox"/> 戶口名簿 3.被委託人： <input type="checkbox"/> 雙方身分證 及 <input type="checkbox"/> 委託書 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：				
病歷影本審查醫師簽章：				

取件方式：複製當日檢驗結果報告/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