

新 北 市 石 門 區 衛 生 所

病 歷 申 請 書／申 請 委 託 書

申請日期：中華民國 年 月 日

用途					
申請人姓名		身分證號碼		出生年月日	/ /
現居地址					
聯絡電話		行動電話		簽章	

※ 若非本人提出申請，請再填寫下列代理人之相關資料／保險公司請加填保險公司相關資料

代理人姓名		身分證號碼		出生年月日	/ /
現居地址					
聯絡電話		行動電話		簽章	
與申請人關係					
※公司名稱					
※公司地址					
※公司電話					

檢 附 資 料 ※ 請依申請人(代理人)檢附下列相關資料

- ☐ 申請人身分證正影本 ☐ 申請人護照本 ☐ 代理人身分證正影本
☐ 保險公司服務證影本 ☐ 戶口名簿影本

申請範圍：

- ☐ 整本/部份病歷 ☐ 檢查報告(抽血、X光等) ☐ 期間收據 ☐ 各類證明(_____)

預訂取件時間 取件方式 ☐ 至衛生所領取 ☐ 掛號郵寄

注意事項：

1. 本申請單適用於其指定受託人之代理人為 保險公司或其經紀人提出申請。其受託之代理人申請時，需依病歷調閱程序提出正式公文並連同委託書提出申請。
2. 取件方式若無指定，一律以掛號郵寄方式。其郵寄費用需自行負擔。
3. 保險公司申請、需收取其保險業務查卷費“伍佰元整”。

新北市石門區衛生所

電話：02-2638-1007

傳真：02-2638-2137

地址：新北市石門區中山路28之1號