

財團法人 臺中仁愛之家附設靜和醫院
 台灣省私立
病歷資料申請書暨委託同意書

申請日期： 年 月 日

病人姓名	身分證字號	電話	病歷號碼
受委託人姓名	身分證字號	電話	與病人關係

受委託人申辦請備妥雙方身份證件正本及填妥背面委託同意書始得辦理

申請用途	<input type="checkbox"/> 轉診(介) <input type="checkbox"/> 申請低收入戶(補助) <input type="checkbox"/> 申請殘障手冊 <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 重大傷病申請 <input type="checkbox"/> 所得稅 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 其他			醫師簽章：_____		
	申請內容	就醫期間(或日期)	份數	處理時間	收費	受理地點
一、證明書：						
1. <input type="checkbox"/> 一般診斷書				當天	100元	掛號 ↓ 診間 ↓ 批掛櫃台 / 住院病房 ↓ 4號出納
2. <input type="checkbox"/> 兵役用診斷書				當天	800元	
3. <input type="checkbox"/> 訴訟用診斷書				當天	1000元	
4. <input type="checkbox"/> 外籍看護工專用診斷書 (需照片二吋一張)				二天寄出 (工作日)	1000元(健保) 8000元(自費)	
5. <input type="checkbox"/> 影像檢查光碟片 X 光片				當天	200元	
6. <input type="checkbox"/> 公勞農保殘廢證明書				二天寄出 (工作日)	1000元	
7. <input type="checkbox"/> 其他：_____						
二、病歷摘要						
1. <input type="checkbox"/> 出院病歷摘要				當天	200元	
2. <input type="checkbox"/> 中文病歷摘要				當天	400元	
3. <input type="checkbox"/> 英文病歷摘要				當天	650元	
4. <input type="checkbox"/> 其他：_____						
三、影印病歷資料：						
1. <input type="checkbox"/> 醫療記錄				當天	基本服務費 200元 (10張內)，第11張起，每張5元	
2. <input type="checkbox"/> 出院病摘						
3. <input type="checkbox"/> 門診就醫記錄						
4. <input type="checkbox"/> 護理記錄						
5. <input type="checkbox"/> 檢驗報告						
6. <input type="checkbox"/> 整本						
7. <input type="checkbox"/> 其他 請說明：						

當事人親自申辦免填委託同意書**委 託 同 意 書**

本人(病患本人或其法定代理人)因無法親自至財團法人台灣省私立臺中仁愛之家附設靜和醫院醫院申請：一般診斷書病歷摘要複印病歷資料影像檢查光碟片 X 光片，特委託_____君，代為向 貴院申請前述病歷相關資料，此受託行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

用途：_____申請範圍：_____

委託人：_____（簽名） 授權日期：_____年_____月_____日

受委託人：_____（簽名）

※本受委託申請人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償 貴院衍生之損失，並同意留存身分證正反面影本為憑。

受委託人 姓 名		出生 日期	年 月 日	身分證 字號		與病人 關係	
聯 絡 地 址	縣	鄉鎮	村	街			
	市	區市	里 鄰	路	段	巷 弄	號 樓
聯 絡 電 話	日()		夜()		手機號碼：		

證件黏貼處

委託人(本人) 身分證正面影本(浮貼)	委託人(本人) 身分證反面影本(浮貼)
受委託人 身分證正面影本(浮貼)	受委託人 身分證反面影本(浮貼)

※為確保病人隱私，申請病歷資料請備妥相關證件：

1. 以病人或其法定代理人申請為原則。申請時應檢具身分證正本，未成年者為戶口名簿與法定代理人身分證件正本。
2. 委託代理人申請時，應檢具病人或其法定代理人之委託同意書及雙方身份證件正本以供查驗、影印留存。
3. 已往生之病人資料申請，由具其繼承權之親屬提供身分證正本及與患者關係之證明文件、病人除戶證明申請或死亡診斷書；本項如委託代理人申請，需備齊前述資料及委託同意書、代理人身分證件正本以供查驗、影印留存。

※受理時間：週一至週五(9:00-17:00)；週六(9:00-12:00)無法當場提供以郵寄或由申請人工作日親自到院領取；例假日不受理。

※若有疑問請洽靜和醫院【一號櫃台】，電話 04-23711129 分機 1109

您提供之個人資料，您本人得親自或書面行使下列權利：

1. 查詢、請求閱覽或提供複製本。
2. 請求補充或更正，惟依法請您提出釋明。
3. 請求停止蒐集、處理及利用，並可請求刪除。但另有法律規定者，得不依您的請求辦理。
4. 您可自由選擇是否提供個人資料，若您拒絕提供所需之個人資料或提供不完全時，本院將無法為您提供完整之服務，尚啓見諒。

(因考量有同名同姓之可能，若所提供之資料與本同意書不相符時，本院將只認定本同意書所填寫之資訊。)

領收人簽名：_____領件日期_____年_____月_____日 承辦人：_____ (已核對各項證件無誤)

108年6月04日第四版