

醫療證明/保險證明/病歷副本申請授權書

申請者類別(請在合適的內勾選):

:病人本人(年滿十八歲)

:為病人以下代表人: 未成年者的父母或其他監護人

意識障礙或無行為能力病人之獲權人士,與病人之關係:_____

往生者之法定繼承人,與病人之關係:_____

申請者本人_____,持_____ (證件類別) / _____ (證件號碼)因無法親自到鏡湖醫院申請醫療證明/保險證明/病歷副本,同意_____先生/女士,持_____ (證件類別) / _____ (證件號碼)代為申請及領取醫療證明/保險證明/病歷副本。此代理行為視同本人行為並由本人承擔一切責任。

本受委託人確實經申請者本人授權代辦申請及領取醫療證明/保險證明/病歷副本,如有虛假、偽冒,願負法律責任,並賠償 貴院衍生之損失。

申請者本人簽署: _____, 證件號碼: _____

受委託人簽署: _____, 證件號碼: _____

受委託人與申請者關係: _____

簽署日期: _____

受委託人代辦申請及領取病歷副本時請備妥相關證件:

※病歷資料為個人隱私,為保障病人權益,申請及領件時以下證件資料不齊全者不予受理,多謝合作。受委託人應避免病人資料的意外或不法損壞、意外遺失、未經許可的更改、傳播或查閱。

a. 申請者及病人本人身份證正本及副本

b. 受委託人身份證正本及副本

c. 領取憑條