



中美醫院

病歷資料申請委託書

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

申辦應附證件

- 一、基於病歷資料涉及個人隱私，為保障病人權益，申辦證件不齊全者，恕不受理。
 二、相關證件及文件皆須正本，並同意本院影印留存，以供查驗。

- 病人本人之病歷資料申請：
 - 本國人：身分證及健保卡
 - 非本國人：居留證或護照或旅行證(內含統一證號及照片)
- 未成年人(未滿二十歲)之病歷資料申請：

法定代理人請帶：(1)病人本人健保卡 (2)法定代理人身分證 (3)與病人之關係證明文件(戶口名簿或病人身分證)
- 往生者之病歷資料申請：

具繼承權者請帶：(1)具繼承權者身分證 (2)與往生者之關係證明文件(戶籍謄本或往生者身分證或除戶證明或死亡證明書)

申請用途 轉診 參考 保險 兵役 訴訟 開立死亡證明參考 其他：

醫師簽章：_____ (經醫師協助指定複製內容)

申請病歷內容	就醫期間(或日期)	份數/張	收費
1. <input type="checkbox"/> 門診就醫記錄 科別：			1. 基本費 200 元 (5 張以內，包含第 5 張) 2. 第 6 張起每張 10 元。
2. <input type="checkbox"/> 手術記錄			
3. <input type="checkbox"/> 抽血驗尿報告			
4. <input type="checkbox"/> 檢查報告 <input type="checkbox"/> X 光紙本(X-Ray) <input type="checkbox"/> 電腦斷層(CT) <input type="checkbox"/> 心電圖(EKG) <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 其他 請說明：			
5. <input type="checkbox"/> 病理切片報告			
6. <input type="checkbox"/> 中文出院病歷摘要			
7. <input type="checkbox"/> 甲種診斷證明(複印)			每份 1000 元
8. <input type="checkbox"/> 乙種診斷證明(複印)			每份 150 元， 第二份起 50 元
9. <input type="checkbox"/> 英文診斷證明(複印)			每份 200 元， 第二份起 100 元
10. <input type="checkbox"/> 影像類檢查光碟片			每片光碟 200 元
11. <input type="checkbox"/> 其他 請說明：			

受理、取件說明

- 若本人無法前往申請/取件病歷複製本，由其家屬代申請/取件，請另填病歷資料申請委託書。
- 受理時間：週一至週五 8:30-11:30, 13:00-16:30, 週六及例假日不受理。
- 取件時間以 7 個工作天，請攜帶證明文件正本至批價櫃檯取件，逾時未取件視同作廢，如有需要請重新提出申請。
- 若有疑問請洽中美醫院【掛號櫃檯】，電話：(03)426-6222。

本人_____因無法親自至中美醫院辦理病歷資料複製申請，特委託_____君，代為向貴院申請上述病歷資料，受委託人之行為視同本人之行為，並由本人承擔一切責任。

此致 中美醫院

委託人(本人或病人之法定代理人或具繼承權者)簽章：_____

受委託人簽章：_____ 授權日期：_____年_____月_____日

領收人簽章：_____ 領件日期：_____年_____月_____日

承辦人：_____ (已核對各項證件無誤)

受委託人聲明：受委託人確實經委託人授權代辦申請病歷資料，如有虛假、偽冒或其他不法行為，願自負一切法律責任，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。

證件影本黏貼處

委託人 身份證 正面影本	受委託人 身份證 正面影本
委託人 身份證 反面影本	受委託人 身份證 反面影本
委託人 健保卡 正面影本	受委託人 證件 正面影本
委託人 健保卡 反面影本	受委託人 證件 反面影本