

## 當事人委託書

本人(授權人)\_\_\_\_\_ (親自簽章)同意由代理人\_\_\_\_\_ (與本人關係：\_\_\_\_\_)，向豐榮醫院申請病歷資料影本，請求提供如病歷資料複本申請書所勾選之項目/範圍之資料。

如代理人有逾越授權申請資料之範圍，若將申請之資料作為它用時，由代理人依法負責。

授權日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

- 1.本人申請：身分證正本。
- 2.代理人申請：(1) 病人身分證正本 (2) 代理人身分證正本。
- 3.未成年人之資料由法定代理人申請：(1) 法定代理人身分證正本 (2) 法定代理人與病人之關係證明文件(未有身分證者需具戶口名簿)。
- 4.未成年人之資料由代理人申請：(1) 法定代理人身分證正本 (2) 法定代理人與病人之關係證明文件(未有身分證者需具戶口名簿) (3) 代理人身分證正本。
- 5.往生者資料申請：(1) 具繼承權者之身分證正本 (2) 與病人之關係證明文件 (3) 病人除戶證明正本(戶籍謄本或死亡證明書) ◎本項如由代理人申請，須備齊前述資料及代理人身分證正本。
- 6.無親屬之低收入戶，且無法為同意之意思表示，得由輔導低收入戶之社工人員以關係人身分公函證明提出申請。

※委託代理人申請時，應檢具相關證明文件正本供查驗、影印留存。

※受理時間：週一至週五 (9:00 – 16:30，中午無休)。週六 (9:00 – 11:30)。週日不提供申請服務。

※病歷、報告影本及影像光碟：為 1~3 個工作天；全份病歷影本：為 3~14 個工作天。

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <p>身分證影本正面</p>           | <p>身分證影本反面</p>           |
| <p>(委託人)<br/>身分證影本正面</p> | <p>(委託人)<br/>身分證影本反面</p> |

## 病歷資料/各項費用明細複本申請書

|                  |  |        |                                                          |           |  |          |  |
|------------------|--|--------|----------------------------------------------------------|-----------|--|----------|--|
| 病<br>姓<br>名      |  | 性<br>別 | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 身分證<br>字號 |  | 病歷<br>號碼 |  |
| 聯<br>絡<br>地<br>址 |  |        |                                                          |           |  | 電<br>話   |  |

  

|                  |  |        |                                                          |           |  |           |  |
|------------------|--|--------|----------------------------------------------------------|-----------|--|-----------|--|
| 代理申請人<br>姓<br>名  |  | 性<br>別 | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 身分證<br>字號 |  | 與病人<br>關係 |  |
| 聯<br>絡<br>地<br>址 |  |        |                                                          |           |  | 電<br>話    |  |

  

|          |                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 申請<br>用途 | <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 移民 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 重大傷病 <input type="checkbox"/> 其他_____ |  |  |  |  |  |  |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

  

| 申 請 內 容                                                                                                                                       | 期 間 ( 或 日 期 ) | 份 數 | 單 價                                                                                      | 完 成<br>人 員 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 一、 <input type="checkbox"/> 出院病歷摘要                                                                                                            |               |     | 第一份 400 元<br>(中、英文)<br>第二份起 50 元                                                         |            |
| 二、病歷影印                                                                                                                                        |               |     | 基本費 150 元<br>每張加計 5 元                                                                    |            |
| 1. <input type="checkbox"/> 血液報告： <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院                                                     |               |     |                                                                                          |            |
| 2. <input type="checkbox"/> 尿液報告： <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院                                                     |               |     |                                                                                          |            |
| 3. <input type="checkbox"/> 病理組織(切片)、細胞學報告                                                                                                    |               |     |                                                                                          |            |
| 4. <input type="checkbox"/> X 光報告                                                                                                             |               |     |                                                                                          |            |
| 5. <input type="checkbox"/> 磁振造影報告(MRI)                                                                                                       |               |     |                                                                                          |            |
| 6. <input type="checkbox"/> 超音波報告_____                                                                                                        |               |     |                                                                                          |            |
| 7. <input type="checkbox"/> 心電圖                                                                                                               |               |     |                                                                                          |            |
| 8. <input type="checkbox"/> 內視鏡                                                                                                               |               |     |                                                                                          |            |
| 9. <input type="checkbox"/> 門診紀錄                                                                                                              |               |     |                                                                                          |            |
| 10. <input type="checkbox"/> 手術紀錄                                                                                                             |               |     |                                                                                          |            |
| 11. <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                                          |               |     |                                                                                          |            |
| 三、影像病歷複製光碟片<br><input type="checkbox"/> X 光 <input type="checkbox"/> 磁振造影報告(MRI)<br><input type="checkbox"/> 內視鏡 <input type="checkbox"/> 超音波 |               |     | 一般醫學影像每片<br>RAD032B：200 元<br>多筆檢查(含 MRI)每片<br>RAD033B：400 元<br>MRI 影像每片<br>RAD033B：400 元 |            |
| 四、各項行政繳費證明<br><input type="checkbox"/> 醫療費用明細<br><input type="checkbox"/> 收據副本(有正本收據)<br><input type="checkbox"/> 收據副本(沒有正本收據)                |               |     | 依本院公告收費                                                                                  |            |

申請日期：\_\_\_\_\_

取件日期：\_\_\_\_\_