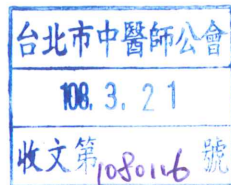


副本

檔 號：

保存年限：



臺北市政府衛生局 函

10041
 台北市中正區青島西路11號3樓
 受文者：台北市中醫師公會

地址：臺北市信義區市府路1號
 承辦人：呂佳容
 電話：1999(外縣市請撥27208889 #7100)
 傳真：02-27208779
 電子信箱：chia0723@health.gov.tw

發文日期：中華民國108年3月15日
 發文字號：北市衛醫字第1083109281號
 速別：普通件
 密等及解密條件或保密期限：
 附件：病歷資料調閱授權書範本

主旨：函轉衛生福利部有關「病歷資料調閱授權書範本」（如附件），請參酌運用，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部108年3月7日衛部醫字第1081661122號函辦理。
- 二、依衛生福利部函文說明，旨揭授權書範本不具法律上之強制力，惟為避免民眾及保險公司在調閱病歷過程，因填具各種不同版本授權書造成誤解或混淆，如無使用困難，建議依該部公告之範本提供授權書填寫。
- 三、副本抄送台北市醫師公會、台北市中醫師公會、台北市牙醫師公會：請轉知所屬開業會員。

正本：臺北市立聯合醫院、臺北榮民總醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院、台北長庚紀念醫院、西園醫療社團法人西園醫院、秀傳醫院、協和婦女醫院、郵政醫院(委託中英醫院、西園醫療社團法人經營)、泰安醫院、培靈醫院、博仁綜合醫院、國防醫學院三軍總醫院、中心診所醫療財團法人中心綜合醫院、同仁醫療財團法人萬華醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院、財團法人臺灣省私立臺北仁濟醫院附設仁濟醫院、臺北分泰醫院、景美醫院、國防醫學院三軍總醫院、中國醫藥大學附設醫院、臺北分泰醫院、復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院、新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院、康寧醫療財團法人康寧醫院、醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院、臺北市立萬芳醫院一委託財團法人臺北醫學大學辦理、國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院、台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕兒童醫院、臺北市北投健

副本：台北市醫師公會(含附件)、台北市牙醫師公會(含附件)、台北市中醫師公會(含附件)

局長 黃世傑

本案依分層負責規定授權業務主管決行

Handwritten signature

Handwritten signature

病歷資料調閱授權書範本

103.09

立授權書人○○○茲授權○○人壽(產物)保險股份有限公司(下稱被授權人)向 貴醫院(診所)查詢並以書面方式提供醫療相關資料，授權查詢事項如下：

一、被查詢人基本資料

姓 名：_____

出生年月日：_____年_____月_____日

身分證統一編號：_____

二、與被查詢人之關係(請勾選)(註1)

本人

利害關係人(請同時勾選下列項目其中一項)

法定代理人 繼承人 監護人 輔助人

三、調閱病歷資料用途(請勾選)

投保商業保險

申請商業保險理賠

申請商業保險契約內容異動變更(請同時勾選下列項目其中一項)(註2)

補行告知 契約轉換 增加保險金額

四、被查詢人就診資料查閱範圍(請就查詢範圍勾選後依示填寫)

被查詢人在 貴醫院(診所)之全部門、急診紀錄

如有在 貴醫院(診所)住院者，另提供各次住院之全部出(住)院病歷摘要

查詢自_____年_____月_____日往前回溯_____年(不得超過5年)之全部門、急診紀錄

前開期間內如有在 貴醫院(診所)住院者，另提供期間內各次住院之全部出(住)院病歷摘要

特定就診資料

查詢期間：_____年_____月_____日前_____年(月)內。

就診科別：_____ (應具體列明，但不以一科為限)

就診病名：_____ (應具體列明，但不以一項病名為限)

查詢項目(請勾選，可複選)：

門、急診紀錄 出(住)院病歷摘要 檢驗紀錄 護理紀錄

其他(請填寫)_____

五、授權有效期間：本授權書書立日期起6個月。

六、被授權人對於因本件授權而取得之任何資料、文件、訊息等，不得違法利用侵害立授權書人、被查詢人或其他任何人之權益。被授權人如違反上開約定，應依法負擔民事、刑事及行政法等法律責任。

立授權書人另聲明同意下列事項：

一、請就下列事項勾選，未勾選者視同僅同意以本授權書正本向 貴醫院(診所)申請查詢。

被授權人應以正式公文檢附本授權書正本向 貴醫院(診所)申請查詢。

被授權人得以正式公文檢附本授權書影本向 貴醫院(診所)申請查詢，並應於本授權書影本加註「本影本與正本相同，如發生異議，一切由被授權人負完全法律責任。」之文字並加蓋與公文相關之專用圖記作背書者，立授權書人同意該授權書影本與正本具同等效力。

- 二、立授權書人已知悉本授權書所授權查閱之病歷資料內容，可能含有人類免疫缺乏病毒傳染病或其他法定傳染病之資料。被授權人應向立授權書人當面口頭詳細說明，讓立授權書人確定知悉其可能授權之範圍和風險，立授權書人亦可保有相關撤回之權利。
- 三、因本授權書內容或效力所生之爭議，應由被授權人負責，概予 貴醫院(診所)無關，立授權書人或被查詢人不得向 貴醫院(診所)為任何法律上之主張。

此致

貴醫院(診所)

立授權書人簽名：_____

身分證統一編號：_____

聯絡地址：_____

聯絡電話：(____)-_____

被授權人：_____

聯絡地址：_____

聯絡人姓名：_____

聯絡電話：(____)-_____

本授權書書立日期： 中華民國 _____年 _____月 _____日

- 註：1. 利害關係人授權申請者，應同時檢附立授權書人之身分證明文件影本及證明與被查詢人間具有本授權書上所記載利害關係之文件影本(如戶口名簿、除戶戶籍謄本、法院裁定等，視利害關係人之身分提出之)。
2. 「補行告知」係指保險契約投保後簽發保單前新發生或發現影響保險公司危險估計之事項，由要保人(被保險人)向保險公司再行告知；「契約轉換」係指要保人以現有保險契約申請轉換為同一人壽(產物)保險公司之其他保險契約；「增加保險金額」係指要保人以現有保險契約申請增加保險金額。