

衛生福利部草屯療養院
病歷影印本申請書

病歷號碼：

申請日期： 年 月 日

姓名：	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日 年 月 日	身份證號： 居留證號：
住址：			
聯絡電話：	電話：() 手機：	申請目的： <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 兵役 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 申請重大卡 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
申請人(單位)： <input type="checkbox"/> 本人簽名_____		與病患關係：(代理人必填)	
<input type="checkbox"/> 代為申請人簽名_____ (需檢附委託書)			
項目及內容	<input type="checkbox"/> 門診病歷 <input type="checkbox"/> 住院病歷 <input type="checkbox"/> 其他_____，共_____頁		醫師簽章：_____
檢附文件	<input type="checkbox"/> 病人委託書。 <input type="checkbox"/> 代理人身份證正本。		<input type="checkbox"/> 被申請人(病人)身分證明文件。 <input type="checkbox"/> 其他依法需檢附之文件。
取件方式	<input type="checkbox"/> 親自領取 <input type="checkbox"/> 郵寄 (醫院完成後填寫，郵寄日期：____年____月____日) <input type="checkbox"/> 另約時段領取，領件日期：____年____月____日簽名：_____ (超出法令規定釋出期限，經說明了解並同意)		
備註	1、醫療法第七十一條：醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕，其所需費用、由病人負擔。 2、依據 93 年 9 月 30 日衛署醫字 0930217501 號函，郵資須由病人自行負擔。 3、代理人以法定代理人為限。 4、申請未成年(未滿 20 歲)病人病歷影本，須由法定代理人辦理並檢附戶口名簿及法定代理人身份證明文件。 5、非病人本人或其法定代理人申請時，應檢具病人或其法定代理人載明委託意旨及範圍同意書並需檢附病人或其法定代理人身份證明文件及代理人身分證明文件。		

-----黏貼處-----

<p>申請人 《身份證明影本，正面》 單位申請，文號：_____</p>
--

<p>申請人 《身份證明影本，背面》</p>
