

全民健康保險保險人提供資料申請書

當事人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號													
戶籍地址	縣 鄉鎮 路 市 市區 街																			
聯絡地址	縣 鄉鎮 路 市 市區 街																			
聯絡電話	()	資料項目範圍	<input type="checkbox"/> 1. 年 月至 年 月就醫資料(擇一勾選): <input type="checkbox"/> 簡易格式 <input type="checkbox"/> 費用格式 <input type="checkbox"/> 醫令格式 <input type="checkbox"/> 2. 投保資料(擇一勾選): <input type="checkbox"/> 目前在保資料 <input type="checkbox"/> 全部。 <input type="checkbox"/> 3. 其他_____。 <small>註: 1.授權保險公司申請僅提供上述第1之簡易格式或2項資料。 2.囿於本署資料庫容量,上述資料僅就主機現有檔案範圍提供。</small>																	
使用目的		當事人簽名		日期	年 月 日															
代理人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號													
戶籍地址	縣 鄉鎮 路 市 市區 街																			
聯絡地址	縣 鄉鎮 路 市 市區 街																			
聯絡電話	()	與本人關係		代理人簽名		申請日期	年 月 日													
公司行號	名稱: 負責人姓名:	公司地址: 公司電話:																		
應附證明文件	1. 當事人授權書 2. 當事人身分證正反面影本或戶口名簿影本(臨櫃申請,請檢附正本以供查驗) 3. 代理人身分證明文件正反面影本(臨櫃申請,請檢附正本以供查驗) 4. 其他_____																			

當 事 人 授 權 書

本人茲因 (事由) 之需要, 同意由代理人 (與本人關係:), 向衛生福利部中央健康保險署申請提供 年 月至 年 月之資料(如申請書所勾選之資料項目及範圍), 且作為 之用(如: 壽險理賠)。如代理人有逾越授權申請資料之範圍, 或將申請之資料作為它用時, 由代理人依法負責。

授權人(即保險對象)姓名 (親自簽章) 授權日期 年 月 日