

醫療費用收據補發切結及委託同意書

申請日期： 年 月 日

切 結 書

立切結書人(病人或未成年病人之法定代理人)茲因遺失原 貴院開立病人_____之 ☐收據 ☐暫繳款收據，上載金額合計新台幣_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整，特此切結併申請收據補發，如有任何虛偽或不法情事，願負一切法律責任，並賠償 貴院因此所受之損害。

此致 沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院

立切結書人/法定代理人：_____（簽章） 身分證號：_____

聯絡電話：_____ 與病人關係：_____

收據編號	金額	收據編號	金額

委 託 同 意 書

委託人(病人或未成年病人之法定代理人)_____因確實無法親自至 貴院申請☐病歷複製本 ☐診斷證明書 ☐補發收據 ☐其他_____，茲委託受委託人_____代為向 貴院申請資料範圍如上所述，受委託人亦確實經委託人授權代辦本項事務。如有任何虛偽或不法情事，願負一切法律責任，並賠償 貴院因此所受之損害。

此致 沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院

委託人/法定代理人：_____（簽章） 身分證號：_____

受委託人：_____（簽章） 身分證號：_____

聯絡電話：_____ 與委託人關係：_____

浮貼處	委託人/法定代理人 身分證正面影本 （僅供身份核對用）	浮貼處	委託人/法定代理人 身分證反面影本 （僅供身份核對用）
浮貼處	受委託人 身分證正面影本 （僅供身份核對用）	浮貼處	受委託人 身分證反面影本 （僅供身份核對用）