

病歷資料/體檢報告申請書/體檢報告領取暨委託書

※為保護受檢者隱私及權益，申請前請詳閱下列說明：

- 一、受檢者或法定代理人申請及取件時，應檢具身分證正本，未滿 18 歲受檢者與法定代理人關係證明文件正本(戶口名簿或受檢者身分證)，委託領取請備妥雙方身份證影本。
- 二、超過通知領件日「二個月」未領取者，本次申請視同作廢，如有需要請重新申請。

■健檢 確認申請範圍無誤，請簽名_____ 申請日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

受檢者姓名		病歷號		身分證號		電話： 手機：
代理申請人		與病人關係		身分證號		電話： 手機：
取件說明	申請後 3 日，取件日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日， ☐ 自取，領取簽收_____					
☐ 郵寄(普掛)，地址：_____						

申請範圍	日期(期間)	原醫師代號	份數	內部作業欄位
一般 X 光				批價員
體檢 報告		科別 S1950		製作人 發件人
收費說明	■G08-S39 臨櫃行政處理費 + ■G08-002 診斷證明書費 ☐ G08-145 郵寄服務費 50 元 1 份 200 元；2 份 300 元；3 份 400 元，以此類推。			

委 託 同 意 書

委託人_____ (☐受檢者本人 ☐法定代理人)，因確實無法親自至貴院申請病人之病歷複製或體檢報告，授權代理申請人_____向貴院申辦資料範圍如上述填寫項目，如有虛偽或不法情事，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) 代理申請人：_____ (簽章)

委託人身份證 正面浮貼	受委託人身份證 正面浮貼
委託人身份證 背面浮貼	受委託人身份證 背面浮貼