



醫療財團法人正德癌症醫療基金會

佛教正德醫院

Buddhist Chengde Hospital

病歷號：	姓名：
出生日期：	性別： ☐ 男 ☐ 女
身份證字號：	

病歷資料複印申請書

病歷資料複印申請，請檢附相關證件：

1. 本人申請：身分證正本；外籍人士請攜帶居留證正本或護照
2. 代理人申請：(1)病人身分證正本 (2)受託人身分證正本 (3)病人簽署之委託書
3. 法定代理人申請：(1)法定代理人身分證正本 (2)與病人之關係證明文件(戶口名簿正本或病人身分證正本)
※此項如法定代理人委託他人申請，請攜帶：(1)法定代理人身分證正本 (2)與病人之關係證明文件(戶口名簿正本或身分證正本) (3)受託人身分證正本 (4)法定代理人簽署之委託書
4. 往生者病歷資料之申請：具繼承權者請攜帶：(1)具繼承權者之身分證正本 (2)與往生者關係之證明文件(戶口名簿正本或往生者之身分證正本或除戶證明)
※此項如具繼承權者委託他人申請，請攜帶：(1)具繼承權者之身分證正本 (2)與往生者關係之證明文件(戶口名簿正本或往生者之身分證正本或除戶證明) (3)受託人身分證正本 (4)具繼承權者簽屬之委託書

申請用途	☐ 轉診 ☐ 保險 ☐ 訴訟 ☐ 出國 ☐ 申請補助 ☐ 參考 ☐ 其他：		
申請內容	收費說明	張數	日期
☐ 門診病歷	200 元(10 張以內)(COPY02)，第 11 張起，每增加 1 張加 5 元(COPY02C)。		
☐ 檢驗(檢查)報告			
☐ 出院病歷摘要			
☐ 檢查報告(彩色)	200 元(5 張以內)(COPY08)，第 6 張起，每增加 1 張加 40 元(COPY08C)。		
☐ 中文病歷摘要	500 元/科，7-14 工作天		
☐ 醫療影像光碟	光碟片單項檢查 200 元(COPY9)，每增加一項檢查加 50 元(COPY9C)，上限 500 元/片。超過一片光碟，每片加收 100 元(COPY9B)。		
☐ 診斷證明書	同份診斷證明書複印，100 元/張。		
☐ 其他			
收費金額	元	承辦人員	

本人僅此聲明本次申請/委託申請屬實，爾後如有不實作為而衍生之違法情事，本人願負完全法律責任，絕無異議，另同意留存身分證明文件影本為憑。

此致 佛教正德醫院

領取人簽名：_____ (本人/受託人) 領取日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日