

**佛教正德醫院(BCH)**  
**病歷資料複印申請書**

姓 名		身分證字號/ 居留證字號		病歷號碼	
出生日期		聯絡電話		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

**病歷資料複印申請，請檢附相關證件**

- 一. 本人申請：身分證正本；外籍人士請攜帶居留證正本或護照
- 二. 代理人申請：(1)病人身分證正本 (2)被委託人身分證正本 (3)病人簽署之委託書
- 三. 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)被委託人身分證正本 (4)法定代理人簽署之委託書
- 四. 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)被委託人身分證正本 (4)具繼承權者簽屬之委託書

<b>申請用途</b>	<input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 訴訟 <input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 申請補助 <input type="checkbox"/> 參考 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
<b>申請內容</b>	<b>收費說明</b>	<b>張數</b>	<b>日期</b>	
<input type="checkbox"/> 門診病歷	200 元(10 張以內)(COPY02)，第 11 張起，每增加 1 張加 5 元(COPY02C)。			
<input type="checkbox"/> 檢驗(檢查)報告				
<input type="checkbox"/> 出院病歷摘要				
<input type="checkbox"/> 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)。			
<input type="checkbox"/> 中文病歷摘要	500 元/科，7-14 工作天			
<input type="checkbox"/> 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)。			
<input type="checkbox"/> 診斷證明書	同份診斷證明書複印，100 元/張。			
<input type="checkbox"/> 其他				
<b>收費金額</b>	元	<b>承辦人員</b>		

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：\_\_\_\_\_ 領取日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日