



文件需求申請單

申請日期 年 月 日

病患姓名	委託人(蓋章)	身分證字號	病歷號碼
受託申請人姓名		受託人身分證字號	申請病歷區間 (必填)
		年 月 日 ~ 年 月 日	
聯絡地址	電話		手機
申請人與病患之關係： <input type="checkbox"/> 1. 本人 <input type="checkbox"/> 2. 法定代理人(病患為未成年人) <input type="checkbox"/> 3. 配偶 <input type="checkbox"/> 3. 父母 <input type="checkbox"/> 4. 子女 <input type="checkbox"/> 5. 親屬_____ <input type="checkbox"/> 6. 其它_____			
申請用途： <input type="checkbox"/> 1. 保險 <input type="checkbox"/> 2. 轉診 <input type="checkbox"/> 3. 請假 <input type="checkbox"/> 4. 補助 <input type="checkbox"/> 5. 訴訟 <input type="checkbox"/> 6. 其他_____			
申請內容		份數	
一、診斷書		四、檢驗、檢查報告	
<input type="checkbox"/> 一般診斷證明書		<input type="checkbox"/> 檢驗報告	
<input type="checkbox"/> 一般死亡證明		<input type="checkbox"/> 檢查報告	
<input type="checkbox"/> 行政相驗死亡證明		<input type="checkbox"/> 其他：	
<input type="checkbox"/> 家暴診斷書			
<input type="checkbox"/> 其他：			
二、病歷紀錄		五、醫學影像光碟	
<input type="checkbox"/> 出院病歷摘要(中文)		<input type="checkbox"/> X光片檢查	
<input type="checkbox"/> 出院病歷摘要(英文)		<input type="checkbox"/> CT(電腦斷層)	
<input type="checkbox"/> 住院護理記錄		<input type="checkbox"/> MRI(磁振造影)檢查	
<input type="checkbox"/> 急診紀錄病歷		<input type="checkbox"/> 超音波檢查	
<input type="checkbox"/> 門診紀錄病歷		<input type="checkbox"/> 胃鏡檢查	
<input type="checkbox"/> 其他：		<input type="checkbox"/> 大腸鏡檢查	
三、收據		<input type="checkbox"/> 其他鏡檢檢查	
<input type="checkbox"/> 補開各項收費證明		<input type="checkbox"/> 其他：	
<input type="checkbox"/> 補開醫療費用明細表			
備註：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或作為他用，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。			
主治醫師：	費用：	(櫃台蓋章)	取件者：

※說明：1、申請及取件時，請務必攜帶病人及受委託人之身分證正本或有照片可辨識之證件。

2、本人因故無法前來開立『文件需求』受託人應請病患蓋章，本委託書如有不實，受託人願負一切法律責任。

3、病患_____已於民國_____年_____月_____日確實死亡，但未除戶。

受委託人證件黏貼處(戶口名簿、或已死亡檢附除戶證明請黏背面)：