

禾馨醫療就醫相關證明申請委託書

本人 _____ 因事，無法親自申請下列勾選資料

姓名：_____ (本人 新生兒) 生日：____年____月____日 身分證：_____

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 就醫診斷證明 | 就診日：____年____月____日至____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> 住院病歷摘要 | 就診日：____年____月____日至____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> 門診病歷摘要 | 就診日：____年____月____日至____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> 檢驗報告 | 就診日：____年____月____日至____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> 收據影本 | 就診日：____年____月____日至____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> 超音波報告 | 就診日：____年____月____日至____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> 護理紀錄 | 就診日：____年____月____日至____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> 其他_____ | 就診日：____年____月____日至____年____月____日 |

茲全權委託_____先生/小姐協助申請，案附相關證件(雙方身分證+健保卡影本)，
經本人確認，如有虛偽不實，願負一切法律責任，特立此委託書為憑。

此致

禾馨醫療

- | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 禾馨婦產科 | <input type="checkbox"/> 禾馨眼科診所 | <input type="checkbox"/> 小禾馨小兒專科 |
| <input type="checkbox"/> 禾馨新生婦幼診所 | <input type="checkbox"/> 禾馨大安婦幼診所 | <input type="checkbox"/> 小禾馨民權小兒專科診所 |
| <input type="checkbox"/> 禾馨民權婦幼診所 | <input type="checkbox"/> 禾馨內湖婦幼診所 | <input type="checkbox"/> 小禾馨士林小兒專科診所 |
| <input type="checkbox"/> 禾馨民權內科診所 | <input type="checkbox"/> 禾馨內湖內科診所 | <input type="checkbox"/> 禾馨安和婦幼診所 |
| <input type="checkbox"/> 禾馨桃園婦幼診所 | <input type="checkbox"/> 禾馨桃園外科診所 | <input type="checkbox"/> 禾馨嘉禾婦幼診所 |
| <input type="checkbox"/> 怡仁綜合醫院-禾馨婦幼中心 | | |

委託人：_____ 親簽

印章

身分證字號：_____

地址：_____

受託人：_____ 親簽

印章

身分證字號：_____

地址：_____

電話：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日