

申請日期:

臺東縣綠島鄉衛生所  
診斷證明及病歷資料申請書暨委託書

病患姓名		電話		身分證字號	
聯絡地址					
*非本人辦理申請，請填寫以下委託書					
立委託書人_____，因確實無法親自至貴所辦理病歷資料申請，特授權受託人_____ (與本人關係：_____ )，代為向貴所申辦 <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 病歷複製本 <input type="checkbox"/> 其他證明文件。並同意檢付委託人及受委託人之身分證正本供貴所查核；如有虛假、偽冒，願負法律責任，並賠償本所衍生之損失。					
此致 臺東縣綠島鄉衛生所					
委託人姓名：_____ (簽章)					
受託人姓名：_____ (簽章)					
授權日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日					
申請資料	<input type="checkbox"/> 診斷證明書 ○乙種 (80 元) 份數：_____。(每增加 1 份加收 10 元) ○甲種 (500 元) 份數：_____。(每增加 1 份加收 10 元) *日期、範圍或內容特殊需求補述： * _____				
	<input type="checkbox"/> 病歷複製本 基本費(含病歷影印)100 元/次，份數：_____。(不收費) 起訖日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
	<input type="checkbox"/> 其他：_____				
備註： 一、本人申請須檢附身分證影本，受託人辦理則再檢附受託人身分證影本，供本所存查用。 二、申請費用：(1)本所依據臺東縣衛生局所屬醫療機構自費收費標準收費，每增加 1 份加收 10 元。 (2)以郵寄領取方式者，需付 28 元之回郵信封。(依據醫療法 71 條及 74 條辦理) 三、申請流程：申請表可由官網下載、本所傳真或親自至本所掛號櫃台填寫，待領取所需資料再批價繳費。(若無法親自辦理者，請先電詢問總計金額後，連同申請表及回郵信封一併郵寄至本所。) 四、郵寄地址：95141 臺東縣綠島鄉中寮村 1-1 號 臺東縣綠島鄉衛生所 收 (電話 089-672511、傳真 089-671144)					

收費簽核：