

臺北榮民總醫院

病歷資料申請表

年 月 日

申請人（本人或法定代理人）茲因 1. 轉診 2. 出國 3. 參考
 4. 保險 5. 兵役 6. 移民
 7. 訴訟 8. 補助 9. 其他

需要向 貴院申請影印下列病歷資料

姓名：_____ 病歷號碼：_____

身份： 有職榮民 無職榮民 健保 其他

資 料 名 稱	頁 數	核 價
出院病歷摘要（英文）		X =
中文病歷摘要（每科 650 元）		
檢查報告單		X =
病歷紀錄		X =
門診看診紀錄（S.O.A.P）		X =
急診紀錄		X =
手術紀錄		X =
整本病歷		X =
		X =
		X =

申請人姓名：_____ 簽章 共 NT\$ _____ 元

申請人與病患之關係：_____

證明文件種類：_____

本人所提供之證明文件保證為真，若有偽、變造情事，願負民、刑事、行政責任，概與貴院無涉。

以下資料由本院填寫

申請人應付款項計新台幣 _____ 元	申請人資格及文件簽名 經核對符合	
收費人：	經辦人：	