

臺中榮民總醫院埔里分院 病歷影本申請書

■ 姓名：_____ 出生日期：____年____月____日 病歷號：_____

身份證字號：□□□□□□□□□□ 簽章：_____

地址：_____ 連絡電話（手機）：_____

■ 受委託人：_____ 出生日期：____年____月____日

身份證字號：□□□□□□□□□□ 簽章：_____

地址：_____ 連絡電話（手機）：_____

■ 申請日期：____年____月____日

■ 申請用途：1. 保險 2. 轉診 3. 健保 4. 補助 5. 訴訟 6. 出國
7. 兵役 8. 移民 9. 參考 10. 其他_____

■ 申請範圍：

申 請 項 目	<input type="checkbox"/> 病歷摘要：_____ 份 張 摘要日期：_____	收 費 標 準	病歷摘要：200 元 合計金額：_____ 元
	<input type="checkbox"/> 病歷影印：_____ 張 病歷日期/報告種類：_____		基本費：200 元 (10 張內每張 20 元) 影印費：超過 10 張以上每張 5 元 合計金額：_____ 元
	<input type="checkbox"/> X 光片 <input type="checkbox"/> 電腦斷層 CT <input type="checkbox"/> 磁振造影 MRI <input type="checkbox"/> 放射科超音波 <input type="checkbox"/> 內視鏡 拷貝片數：_____ 張	攝 影 日 期	<input type="checkbox"/> 門、急診 日期 <input type="checkbox"/> 住院 日期 申請人拷貝片收執： 放射科拷貝人員簽名：

附註：1. 病歷摘要以每次住院為一單位，每單位 200 元。

2. 中文病歷摘要：由原主治醫師整理書寫，每單位 700 元，以每科為一單位。

3. 外傷彩色影本，以 A4 為一單位，每張 100 元。

4. 非病人本人而欲代申請者，需檢附委託人之委託書及提供委託人、受委託人雙方身分證等正本證件驗證，申請證件不齊全者恕不受理。

5. 一般檢查報告(例如：血液、尿液等)收費標準：每張 10 元。

6. X 光片、CT、MRI、放射科超音波及內視鏡拷貝費用，收費標準以內容資料複製片數計價，每張 200 元。