

(請併收據明細影本三日內回傳或郵寄。傳真電話：06-2244370，傳真後請電洽本組是否收到；
郵寄：台南市中西區公園路 96 號 健保署南區業務組醫務管理科收)
(電話：06-2245678 轉_____，_____ 收 (承辦人))

同意書/委託書

- 本人_____同意透露姓名，委由 健保署南區業務組發函向_____醫院(診所)要求說明收費理由、各項疑義及調閱本人病歷。
- 本人不同意透露姓名，陳述內容僅供業務參考。
- 本人因故未能親自向健保署南區業務組辦理上開就醫反映醫療事項疑義，茲委託_____代表本人向健保署南區業務組辦理就醫申訴，並同意透露姓名，委由健保署南區業務組發函向_____醫院(診所)要求說明收費理由、各項疑義及調閱本人病歷，特此聲明。(申訴人與就醫者非同一人時，請填寫此欄)

此 致
衛生福利部中央健康保險署南區業務組

就醫者姓名： (簽名或蓋章)

身分證字號： 出生年月日：

地址：

電話及手機：

申訴人/(受託人)： (簽名或蓋章)

身分證字號：

與就醫者關係：

地址：

電話及手機：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申訴理由：(如不敷使用，請自行加寫於空白紙張)