全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書

<table>
<tr><td rowspan="4">保險對象基本資料</td><td colspan="10">姓名</td><td>性別</td><td>出生日期</td></tr>
<tr><td colspan="10"></td><td>□男　□女</td><td>民國（前）　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="10">身分證字號/居留證字號</td><td>聯絡電話</td><td>聯絡地址</td></tr>
<tr><td colspan="10"></td><td>住家：
公：</td><td></td></tr>
<tr><td>申請特殊造影檢查名稱</td><td colspan="13">日期：</td></tr>
<tr><td>原檢查醫院名稱及代號</td><td colspan="6"></td><td>原檢查醫院病歷號碼</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">第二次處方院所</td><td colspan="6">診治醫師姓名：</td><td colspan="7">醫事服務機構名稱；
_____
醫事服務機構代號：
_____</td></tr>
<tr><td colspan="6">戳章：</td><td colspan="7">戳章：</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人申請</td><td>申請人姓名</td><td></td><td>身分證字號/居留證字號</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>與申請人關係</td><td colspan="12">□病人本人
□申請人與病人之關係：　　簽章：</td></tr>
</table>

備註:上述各欄均需填寫完整