

附件

# 全民健康保險保險人提供資料申請書

請被保險人王法國填寫基本資料

姓名	王法國	性別	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期	39年01月01日	身分證統一編號	A100100111
戶籍地址	台北市大安市區	鄉鎮		<p>★ 本範例-以被保險人(王法國)向本分公司申請醫療或失能保險金，因尚須被保險人同意，由本分公司向健保署查詢就診情形，故須由被保險人為相關填寫</p>			
聯絡地址	台北市大安市區	鄉鎮		忠孝東街	四段100號	<p>請勾選&lt;1&gt;欄位及&lt;簡易格式&gt;共兩個欄位， *(就醫區間)授權人可不必填寫，本公司將依調查需要協助填寫查詢區間</p>	
聯絡電話	(0910) 111-222 07-12345678	資料項目範圍	<p><input checked="" type="checkbox"/> 1. YY年YY月至XX年XX月就醫資料(擇一勾選):  <input checked="" type="checkbox"/> 簡易格式(含「就醫日期」及「就醫院所名稱」)  <input type="checkbox"/> 費用格式 <input type="checkbox"/> 醫令格式  <input type="checkbox"/> 2. 投保資料(擇一勾選): <input type="checkbox"/> 目前在保資料 <input type="checkbox"/> 全部。  <input type="checkbox"/> 3. 其他          註: 1. 簡易格式(含「就醫日期」及「就醫院所名稱」)資料僅就          2. 請被保險人務必簽名 請務必填寫授權日期</p>				
使用目的	壽險理賠	當事人簽名	王法國	日期	105年12月01日		
代理人姓名	<p>★ 注意! 此&lt;代理人&gt;欄位由本分公司填寫，當事人或授權人「不必填寫」</p>						
戶籍地址	樓 室						
聯絡地址	樓 室						
聯絡電話							
公司行號	<p>名稱:法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司          負責人姓名:戴朝暉</p> <p>1. 請因被保險人-王法國提供本身的身分證影本或戶籍謄本影本 2. 另中央健康保險署要求，授權人必需為被保險人本人，請您知悉。</p>						
應附證明文件	<p>1. 當事人授權書          2. 當事人身分證正反面影本或戶口名簿影本(臨櫃申請，請檢附正本以供查驗)          3. 代理人身分證明文件正反面影本(臨櫃申請，請檢附正本以供查驗)          4. 其他</p>						

## 當 事 人 授 權 書

此欄的區間，會與『資料項目範圍』相同，將由本分公司填寫

本人茲因 **壽險理賠** (事由) 之需要，由代理人 **法商法國巴黎人壽** (與本人關係: **保險委託**)，向全民健康保險保險人申請提供 **YY年YY月至XX年XX月** 之資料 (如申請書所勾選之資料項目及範圍)，且作為 **壽險理賠** 之用 (如: **壽險理賠**)。如代理人有逾越授權申請資料之範圍，或將申請之資料作為它用時，由代理人依法負責。

資料影本  不需要、  需要 請中央健康保險署以掛號副知本人，郵遞費用由代理人支付中央健康保險署。

授權人 (即保險對象) 姓名 **王法國** (親自簽章) 授權日期 **105年12月01日**

授權人為被保險人本人，請務必簽名      請務必填上授權日期