

就醫資料委託書

本人 君申請「臺南市低收入戶暨最低生活費一點五倍
以下者醫療補助」同意 貴府透過中央健康保險局向
醫院調閱相關病歷作後續相關審查。

此致

臺南市政府

委 託 人：

蓋章：

身份證字號：

住 址：

代 理 人：

蓋章：

身份證字號：

住 址：

中 華 民 國 年 月 日