

個人就醫資料查調同意書

本人_____ (未成年病童之法定代理人)申請「臺南市兒童及少年醫療費用補助」同意貴局透過中央健康保險署向醫院調閱_____ (病童)之相關病歷等資料，以供相關補助申請審查。

此致

臺南市政府社會局

立書人：
(病童法定代理人)

蓋章：

身份證字號：

住 址：

受託人：
(無則免填)

蓋章：

身份證字號：

住 址：

中 華 民 國 年 月 日