

劃底線處務必填寫  
劃框處蓋章

111 年 11 月

## 同意查閱病歷聲明書

茲受害人 \_\_\_\_\_

於 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時許發生汽車交通事故，為向財團法人汽車交通事故特別補償基金申請補償金之需要，本人同意授權該基金所指定之人，向貴院(診所)調閱、抄錄或影印受害人之相關病歷，如因調閱、抄錄或影印資料而發生糾紛，概由本人負責，恐口說無憑，特立此書為證。

此致

醫院(診所)

立聲明書人： \_\_\_\_\_ 印 (簽章)

身分證號碼： \_\_\_\_\_

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日