

授權同意書

患者_____因申請_____，同意授權

由屏東縣政府查詢自費項目之明細及用途，以及是否適用健

保給付等問題，以利屏東縣政府作為審查依據。

特別證明

(醫院名稱)_____

立書人(患者)：

身分證字號：

地址：

就醫期間：

電話：

(請留可提供醫院聯繫之電話，以利醫院去電確認本人是否有同意)

中華民國 年 月 日