

# 申請醫事資料注意事項

## 壹、申請資格

由病患本人、法定代理人、配偶、親屬或關係人方可提出申請。(醫療法第 74 條)

## 貳、收費標準

項目	費用	備註
<b>證明書費</b>		
1. 中文診斷證明	100 元/份	• 門診就醫親向醫師申辦者免具申請書
2. 醫療收據副本(無印花稅)	免費	• 正本已報國稅局，無法重開
3. 中英文病歷摘要證明	500 元/份	• 需提供身分證明文件
<b>醫事資料複製費</b>		
1-1. 基本費	200 元/件	• 就診、健檢當日申請免收基本費 • 總重 100g 內函件免另收掛號郵資，超重者酌收差額郵資 • 同時複製紙本報告與光碟免收基本費 • 門診病歷複製僅提供黑白影印紙本
1-2. 病歷、健檢報告(黑白)影印費(A4)	5 元/頁	
1-3. 健檢報告(彩色)影印費(A4)	10 元/頁	
1-4. 健檢報告平裝裝訂	50 元/份	
1-5. 健檢報告精裝裝訂	100 元/份	
2. 保險公司調閱病歷資料	1,000 元/份	• 僅提供書面資料。檢附公文、委託書、證明文件辦理。若須醫師額外填寫就診文件，酌收中英文病摘費 500 元/份。
3. 健檢報告光碟、檢查影像光碟	200 元/片	• 含基本費
4. E-mail 健檢報告電子檔(PDF)	免費	• 寄送至原留檔之 e-mail 免具申請書
5. 勞工一般體格及健康檢查報告 營業場所從業人員健檢報告	50 元/份	• 需完成所有勞檢規定項目方能提供

## 參、申請說明

一、受理時間：週一至週五(8:30-12:00, 13:30-16:30)；週六(8:30-11:30)。

二、如本人因故無法親自辦理需委託他人申請及領取，除備妥申請書外，另需填具委託書，並於申請時提出申請者與受委託人之身分證件正本(法定代理人之關係證明文件)，以供核對。

### 三、**通訊申辦流程**

1. 備妥申請書與身分證件，傳真 02-25551728 或 E-mail 至 [service@meiyoclinic.com.tw](mailto:service@meiyoclinic.com.tw)。
2. 專人致電核對申請事項並確認費用。
3. 匯款繳費：國泰世華銀行 013 / 信安分行 / 帳號 227-03-500580-8 梅約診所吳美珠
4. 三個工作天後可由符合資格者持證件正本至門診櫃台領取或以郵件寄送。

四、為保護病患隱私及權益，申請醫事資料請備妥相關文件，申辦證件不齊全者恕不受理，尚祈見諒！

五、欲取得門診就醫之中文診斷證明或病歷影本，請符合資格者持相關證明文件至門診向醫師申請開立，恕不受理通訊申辦。

六、中文診斷證明、中英文病歷摘要由負責診治之醫師親自開立並覆核後交付。

七、收到醫事資料後如有修正內容之需求時，請務必親自回門診向醫師諮詢辦理。

八、如有任何疑問，請洽梅約聯合診所 電話：02-25557728 地址：台北市大同區長安西路 88 號。

# 梅約聯合診所 醫事資料申請書

<1120101>

幣別：新臺幣

項 目	元/份	份 數	項 目	元/份	份 數
健檢診斷證明(中文)	100		健檢報告影本		
副本醫療收據(無印花稅)	0		<input type="checkbox"/> 黑白 <input type="checkbox"/> 彩色 <input type="checkbox"/> PDF	如收	
勞 檢 報 告	50		<input type="checkbox"/> 無裝訂 <input type="checkbox"/> 平裝 <input type="checkbox"/> 精裝	費表	
病歷摘要 <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 英文	500		門診就醫病歷影本	請持	<b>證件正本</b>
健檢 / 影像光碟	200		門診就醫診斷證明	至	門診向醫師申請

◎為必填欄位

<b>◎姓 名</b>		<b>◎應診日期</b>	年 月 日
<b>◎身分證號</b>		需求說明： <input type="checkbox"/> 保險理賠 <input type="checkbox"/> 投保 <input type="checkbox"/> 轉診 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 英文病歷摘要之護照英文姓名、護照號碼、英文地址	
<b>◎生 日</b>	年 月 日		
<b>◎聯絡電話</b>		以上說明僅供醫師了解，實際開立內容仍依醫師親自診察病情後書寫。	
<b>◎取件方式</b>	<input type="checkbox"/> 隨檢查報告寄送 <input type="checkbox"/> 報告PDF寄送E-mail： <input type="checkbox"/> 獨立寄送地址(郵資另計)： <input type="checkbox"/> 親領(委託)/領收人簽章： 領收日期： 年 月 日		
<b>◎申請人簽章日期</b>	<input type="checkbox"/> 本人申辦 <input type="checkbox"/> 委託申辦 年 月 日	本人謹此聲明此份申請/委託事項屬實，爾後如有不實作為而衍生之違法情事，願負完全法律責任。 此致 梅約聯合診所	

<b>費用總計</b>	元	本人  <b>身分證件正面影本黏貼處</b>  ※本人親辦時，證件供核對即可，免貼影本。
國泰世華銀行 013 信安分行 227-03-500580-8 梅約診所吳美珠		
受理核對		
承 辦		
發 件		

委託書	
本人因故未能親辦上述申請事項，特委託關係人代為處理及領取。	
受委託人姓名：	受委託人  <b>身分證件正面影本黏貼處</b>
與本人(委託人)關係：	
身分證號：	
聯絡電話：	
申辦日期： 年 月 日	