**病历复印及邮递申请表**

病案号： 出院日期： 姓名：

年龄： 性别： 出院科室：

申请复印用途：

|  |  |
| --- | --- |
| （1）医疗商业保险 | （2）农村合作医疗 |
| （3）特殊门诊办理 | （4）患者自留或复查 |
| （5）异地医保（注明报销地） | （6）低保户申请 |
| （7）其他（注明用途） |  |

主管医生确认 为本科室住院病人，申请人 是病人的家属。

主管医生签名： 科室盖章：

年 月 日

**注意，需邮递业务，请仔细阅读并填写以下内容：**

本人因不能返回医院复印病历，特委托梅州市中医医院病案室复印病历资料。病历复印件以快递邮寄到：

收件人姓名： 收件人联系电话：

收件人地址：

受托人在委托权限范围内所从事的一切法律行为及所签署的一切文件我均予以承认。因快递发生的相关费用由委托人支付。若快递过程中至资料丢失，责任由委托人或快递公司负责，与梅州市中医医院及受托人无关。

特此证明

患者（或被委托人）确认签名： 关系：

 年 月 日

审批人： 病案室盖章：

 年 月 日

说明：

1. 申请复印病历必须提供患者（和被委托人）有效身份证明，保险或公安等必须出具相关法定证明及有效身份证明。
2. 邮递业务运费由派件人代收。（邮递费用参照中国邮政最新国内标准快递资费）
3. 如有疑问可联系病案室电话：0753-2331019