**住院病历复印授权委托书**

委托人（患者本人）： 性别： 年龄： 联系电话：

身份证号码： 住址：

受托人： 性别： 年龄： 联系电话：

身份证号码： 住址：

与患者关系： □配偶 □子女 □父母 □兄弟姐妹 □其他

本人于 年 月 日因病住院，出院科室： 住院号： 。本人郑重委托由 作为我的代理人全权复印本人住院病历。

复印用途： □医疗保险报销 □工伤伤残鉴定 □自己需要 □其他

委托人签署授权书后所产生的后果，由患者本人承担。

患者签名： （指印） 年 月 日

受托人签名： （指印） 年 月 日