

# 彰化縣醫療爭議調解申請書

113. 5. 17 版

稱謂	姓名 或名稱	性別	出生 年月日	身分證號 或統一編號	住(居)所、事務所 或營業所	連絡 電話	負責人 <small>當事人為醫療機構</small>	與病人 之關係
申請人								
法定代理人 或 委任代理人								
輔助人								
相對人							/	/
利害關係 第三人							/	/
請求調解事項(具體請求)	<p>(本件現正在 <span style="margin-left: 150px;">法院審理中，案號如下：</span> ) <input type="checkbox"/> 無</p> <p>(本件現正在 <span style="margin-left: 150px;">地檢署偵辦中，案號如下：</span> ) <input type="checkbox"/> 無</p>							
醫療爭議事實(含發生時間、發生地點、事實經過及所受損害等)	<p>病人姓名：<span style="margin-left: 100px;"></span> 身分證字號：<span style="margin-left: 100px;"></span></p>							

檢附醫療爭議相關文件、資料	<p>請依序編號</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 委任書（申請人非病人本人，請出具委任書）</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 其他具有損害賠償請求權之人之名冊及聯絡方式(需通知名冊上人員參加調解)</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 一般診斷證明書</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 死亡證明書（當病人死亡時須提供）</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 相驗屍體證明書（當無死亡證明書時須提供）</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 病歷影本</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 醫療收據</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 相關檢查之影像檔案(如：X光)</p> <p>編號_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____</p>
是否曾經申請醫事專業諮詢	<p><input type="checkbox"/> 是：申請日期_____年_____月_____日</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p>

注意事項：

1. 申請書應以中文繕具，其附有外文資料者，應就調解有關之部分備具中文譯本。但調解會得視需要通知其檢具其他部分之中文譯本。
2. 申請調解書時，應按相對人人數提出繕本。
3. 當事人指與醫療爭議有關之醫事人員、醫事機構、病人或其他依法得提起訴訟之人。
4. 有法定代理人或代理人者，應記明其姓名、出生年月日、身分證明文件字號、住所或居所；代理人應一併提出委任書。
5. 有輔助人者，應記明其姓名、出生年月日、身分證明文件字號、住所或居所。
6. 有利害關係之第三人參加者，應記明其姓名、出生年月日、身分證明文件字號、住所或居所。
7. 「請求調解事項」部分應摘要記明雙方爭議之具體請求之內容。
8. 「醫療爭議事實」部分應摘要記明醫療爭議之發生過程（含發生時間、發生地點、事實經過及所受損害等）。
9. 「醫療爭議及相關資料」部分應記載本件事實及具體請求之證據資料，並編號檢附之。

此致

彰化縣醫療爭議調解會

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

申請人

(簽名或蓋章)

## 繼承系統表

本系統表係\_\_\_\_\_（被繼承人姓名）繼承系統表無訛，系統表係參酌民法第一一三八條至第一一四四條之規定據實填載，如有虛偽不實足生損害於公眾或他人時，申請人願負責任。

被繼承人	姓名：			配 偶	
	年 月 日 出生		年 月 日 死亡		
繼承人繼承 承順位（民 法第 1138 條）	直系血親卑 親屬（第一 順位）	子女			
		<small>孫 外孫</small> 子女			
		<small>曾 孫 外曾孫</small> 子女			
	父母 （第二順位）				
	兄弟姊妹 （第三順位）				
祖父母 （第四順位）					

- 註：一、應檢附被繼承人除戶戶籍謄本及繼承人三個月內戶籍謄本。  
 二、各繼承人不論死亡或拋棄繼承與否均須列入，並檢附死亡或拋棄繼承之證明文件。  
 三、繼承人已死亡者，應加註「○年○月○日死亡」字樣。  
 四、第一順位各繼承人應加註「○年○月○日出生」字樣。  
 五、繼承人戶籍地址（或送達地址）詳如繼承人名冊。

申請人：\_\_\_\_\_（簽章）

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

## 繼承人名冊

編號	姓名	國民身分證 統一編號	出生年 月日	性 別	戶籍地址 (或送達地址)	連絡電話
1						
2						
3						
4						
5						
6						

本表不足填寫請自行增列

# 委 任 書

稱謂	姓名	出生年月日	身分證明文件字號或統一編號	職業	住所或居所 (事務所或營業所)	連絡電話
委任人						
受任人						

茲因與 \_\_\_\_\_ 間之醫療爭議調解事件，委任  
 為代理人(委任期間為 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)，有代理  
 為一切調解行為之權，並 有無 撤回調解之特別代理權。

此 致

## 彰化縣醫療爭議調解會

委任人： \_\_\_\_\_ (簽名或蓋章)

(委任人以簽名方式為委任者，請親自簽名，受任人勿代為簽名)

受任人： \_\_\_\_\_ (簽名或蓋章)

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

