1. **申請方式**：
   1. 下載並填寫「英文出生證明書(含委託同意書)」，以電子檔附件方式寄至

台北院區暨兒童醫院 [mmh1210@mmh.org.tw](mailto:mmh1210@mmh.org.tw)；

淡水院區：[mmh3210@mmh.org.tw](mailto:mmh3210@mmh.org.tw)。

* 1. 承辦人員於服務時間(週一至週五)收到郵件後會主動電話確認。

1. **領件地點**：
   1. 台北院區：福音樓一樓住院中心。(02)2543-3535轉3232
   2. 淡水院區：馬偕樓一樓住院中心。(02)2809-4661轉2577。
2. **領件時間：**
   1. 收到通知後七個工作天內（例假日除外），於上班時間取件：

星期一至星期五8:00-17:00。如未取件，視同作廢，如有需要請重新申請。

* 1. 領件時請備齊證件(如第七點說明)；如委託他人時，需有雙方簽章之委託同意書。

1. **繳費方式：**

現場櫃檯領件時繳費，費用第一份500元(當日加一份50元)。

1. **應攜文件：**為確保病人隱私及依醫師法第二十三條，醫療法第七十二條之保密規定，本院對親屬之代為申請以法定代理人、配偶、或關係人之同意，並能提出合法證件（身分證、戶口名簿等）之正本，以確認其關係者，始予受理。

六、**申請人證件(請備正本)：**

1. 請持母親之身分證正本及小孩戶口名簿(身分證)正本辦理；母親、小孩及產婦配偶曾領護照或其他外文證件者，請檢具護照正本或其他外文證件正本，以憑核對影印後即歸還。
2. 委託人辦理：(a)生母身分證、(b)受委託人身分證、(c)患者出具之委託書。
3. 未成年患者委託人辦理：(a)法定監護人身分證 (b)法定監護人與患者關係之證明文件（戶口名簿或患者身分證） (c)受委託人身分證 (d)法定監護人之委託書。
4. 申請出生證明中文版請持產婦身分證正本辦理。

|  |
| --- |
| **MacKay Memorial Hospital** |
| **REQUEST FOR APPLICATION MATERIAL CERTIFICATE OF BIRTH** |
| **英文出生證明申請書** |

Please print all names in English. All names must be as the same as shown on your I.D.s or passports.

填寫所有英文姓名，請務必與護照上相同，並以英文正楷填寫。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 母親病歷號碼或身份證字號(Chart number or I.D. of mother): |  | | |
| 聯絡電話  (Phone) |  | | |
| 嬰兒姓名(Name of baby) | 英文 | | 中文 |
| This Birth : Single( ) Twin( ) Triplet( ) | | | |
| If Twin or Triplet(This Child Born):1st( ) 2nd( ) 3rd( ) | | | |
| 出生日期(Date of Birth) | \_\_\_\_\_\_\_年 (yy) \_\_\_\_\_\_\_月(mm)\_\_\_\_\_\_\_日 (dd)  性別(sex)：□男(Male) □女(Female) | | |
| 父親姓名(Name of father) | 英文： 　　　　　　　　中文姓名：  國籍(Nationality): | | |
| 母親姓名(Name of mother) | 英文： 　　　　　　　　中文姓名：  國籍(Nationality): | | |
| 申請份數(copies needed)：\_\_\_\_\_份 | | 第一份500元，每加一張50元(NT$500 1st copy, then NT$50 each copy) | |
| 1.非當年出生者，請先來電確認資料  2.辦理新生兒(未報戶口)請先取英文姓名  3.曾領護照或其他外文證件者，請檢具「父」、「母」、「出生者」護照正本或其他外文證件正本以憑核對影印後即歸還。  ※民國90年前出生【含】出生者：除母親之身份證正本外，請備妥出生者之中文出生證明正本(可至報戶口之戶政事務所辦理副本}。  ※民國88年1月~民國90年12月出生者，請至戶政申請母親生產當年之戶籍謄本詳細記事(記載婚姻狀況)。 | | | |

馬偕紀念醫院診斷書申請委託同意書

本人 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(患者或未成年患者之法定監護人)授權

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(被委託人)前往貴院申請患者\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (姓名)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(身分證字號) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(病歷號碼)有關

\_\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_\_\_日的 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(申請資料項目)。

敬請惠予協助，此致馬偕紀念醫院。

立委託書人： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(簽章) 身分證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

被委託書人： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(簽章) 身分證字號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

與立委託書人的關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

本代理申請人確實經委託人授權代辦申請資料，如有虛假、偽冒，願負

法律責任，並賠償 貴院衍生之損失。

中 華 民 國 \_\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_\_\_\_日(本委託書14日內有效)

※為保障病人權益與隱私，代辦時請備妥相關證件：

一、本人（或法定監護人）未能親自辦理者，均需填寫委託書。

二、委託人辦理：(1)患者身分證、(2)受委託人身分證、(3)患者出具之委託書。

三、未成年患者委託人辦理：(1)法定監護人身分證、(2)法定監護人與患者關係之證明文件

（戶口名簿或患者身分證）、(3)受委託人身分證、(4)法定監護人之委託書。

四、死亡患者之親屬辦理：直系家屬身分證與患者關係之證明文件。