

**衛生福利部中央健康保險署臺北業務組**  
**特約醫事機構續約委託書**

醫事機構名稱：\_\_\_\_\_ 代號：\_\_\_\_\_

負責醫事人員因故無法親自辦理全民健康保險特約醫事服務機構續約乙事，特委任\_\_\_\_\_代為辦理簽約事宜。

委任人：\_\_\_\_\_身分證統一編號：\_\_\_\_\_

戶籍地址：\_\_\_\_\_

電話：( ) \_\_\_\_\_

請蓋負責醫事人員合約印鑑

委任人：\_\_\_\_\_

(請親自簽名及蓋章)

代理人：\_\_\_\_\_身分證統一編號：\_\_\_\_\_

戶籍地址：\_\_\_\_\_

電話：( ) \_\_\_\_\_

請蓋代理人印章

代理人：\_\_\_\_\_

(請親自簽名及蓋章)

請蓋醫事機構合約大印

中華民國            年            月            日

註：「代理人應提示代理人身分證正本及影本、負責醫事人員身分證正本及影本、負責醫事人員委託書正本，由代理人於合約書記明確係受負責醫事人員委託辦理之意旨並蓋負責醫事人員及代理人章。」

依據規定：委託書雖不以本人自寫為必要，但仍須親自簽名蓋章