**委　任　申　請　書**

　　為核算全民健康保險補充保險費之需，本事務所受　　　　　　 公司等　　家（詳如附件-委任單位明細）之委託，全權代為處理下列事項：

　□1.查詢投保單位雇主投保金額總額

(保費年度：　　年)

　□2.查詢投保單位受僱者投保金額總額

　　 (保費年月：　　年　　月至　　年 　　月)

 □3.查詢投保單位受僱者投保金額明細

　　 (保費年月：　　年　　月至　　年 　　月)

　□4.其他

檢附上開公司委託清冊(共　　紙)，請惠予提供。

以上委託辦理事項，如有逾越授權申請資料之範圍或將申請之資料作為他用時，需自負法律責任。

 此致

衛生福利部中央健康保險署 □臺北 □北區 □中區

業務組

 □南區 □高屏 □東區

　　　申請單位： 　　　　　　　　　　　　　　　　　(請蓋章)

　　　負 責 人：　　　　　　　　　　　　　　　　　 (請蓋章)

　　　統一編號：

　　　聯絡電話：

　　　營業地址：

中 華 民 國 　　年 　　月　　 日

※以上由申請單位填寫

※以下由衛生福利部中央健康保險署填寫

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　辦理情形 | 承辦人 | 複核（或櫃檯章） |
|  |  |  |

**委任單位明細**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 委託單位名稱 | 統一編號 | 投保單位代號 | 負責人姓名 | 負責人身分證號 | 蓋章(公司章及負責人章) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |