



本單位茲因\_\_\_\_\_（事由）之需要，申請如上頁申請書所勾選之資料項目，因不克親臨，特委請代理人\_\_\_\_\_前往辦理，請惠予提供。

以上委託辦理，如有逾越授權申請資料之範圍，或將之移作它用時，概由代理人自負法律責任。

此致

衛生福利部中央健康保險署

臺北 北區 中區  
南區 高屏 東區

業務組

投保單位負責人\_\_\_\_\_（簽章）

申請日期： 年 月 日

出具證明文件：

本人身分證駕照護照其他\_\_\_\_\_

代理人身分證駕照護照其他\_\_\_\_\_

代理人請填下列資料

代理人姓名	出生日期	年月日	身分證號 或 居留證號	
住(居)所地址	縣市	鄉鎮市區	路街	段巷弄號樓室
聯絡電話		代理人簽章	申請日期	年月日
與當事人關係				

說明：

- 一、為保護個人隱私，本申請受理作業依據「全民健康保險保險人對外提供資料作業要點」規定辦理。
- 二、投保單位負責人或委託他人代理臨櫃申請投保單位資料，臨櫃者應出示身分證明文件正本及單位(大、小)印章。

受理人員：\_\_\_\_\_

表單編號：QR-UU0F-006-F02