桃園市保險業務職業工會

加/退保/給付代辦委託書

茲本人 _____ 因故不克親臨　貴會辦理

□加保:□勞保，□健保

□退保:□勞保，□健保

□其他給付:_____給付

特委託_____前往辦理。並

出具本人□身分證□駕照□附有照片之健保卡
及受託人□身分證□駕照□附有照片之健保卡
供查驗以保護個資。

註：

1. 委託人及受託人簽章欄位請本人親自簽名或蓋章。

2. 若有未經合法授權或資料有冒偽情事致他人或機關受有損害，受託人應自負一切民刑事責任。

此致

桃園市保險業務職業工會

委 託 人(會員本人)：　　(簽章)

身分證字號：

連絡電話：

受 託 人(代辦人)：　　(簽章)

身分證字號：

連絡電話：

中華民國　　年　　月　　日

1081231 版