

移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用健康保險

ประกันสุขภาพค่ารักษาพยาบาลโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลของแรงงานต่างชาติ

代理投保委任書Power of Attorney หนังสือมอบอำนาจ

本人 _____ 同意委任雇主 _____ 先生(女士) 代為辦理投保移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用健康保險事宜，如有不實願負法律責任。

I _____ appoint employer _____ insure immigration Covid-19 health insurance, and confirm with full legal responsibility for any perjuries found.

ข้าพเจ้า _____ ยินยอมมอบอำนาจให้นายจ้าง _____ ดำเนินการทำประกันสุขภาพค่ารักษาพยาบาลโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลของแรงงานต่างชาติแทน และยอมรับผิดชอบตามกฎหมายทุกประการ หากพบว่ามีให้การข้อมูลใดๆ ที่เป็นเท็จ

委任期間自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止。

The duration is from dd/ mm/ yyyy to dd/ mm/ yyyy

ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ (dd) เดือน (mm) ปี (yyyy) ถึงวันที่ (dd) เดือน (mm) ปี (yyyy)

委任人 Appointor ผู้มอบอำนาจ : _____ 簽章(Signature/Stamp) ลงนาม:

護照號碼 PassportNo หมายเลขหนังสือเดินทาง :

出生日期 Birth Date วันเดือนปีเกิด : 西元 ค.ศ. _____ 年 Y ปี _____ 月 M เดือน _____ 日 D วันที่

地址 Address ที่อยู่ :

電話 TEL เบอร์โทรศัพท์ :

受委任人 Appointee ผู้รับมอบอำนาจ : _____ 簽章(Signature/Stamp) ลงนาม:

身分證字號 National ID No หมายเลขบัตรประชาชน :

出生日期 Birth Date วันเดือนปีเกิด : 西元 ค.ศ. _____ 年 Y ปี _____ 月 M เดือน _____ 日 D วันที่

地址 Address ที่อยู่ :

電話 TEL เบอร์โทรศัพท์ :

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

Date: _____ (mm) _____ (dd) _____ (yyyy)

วันที่ (dd) _____ เดือน (mm) _____ ปี (yyyy)