

移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用健康保險
代理投保委任書
Power of Attorney

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。

_____ agree to appoint employer _____ on behalf
of me to apply for The Migrant Workers Covid-19 Health Insurance, and confirm with
full legal responsibility for any perjuries found.

委任期間自中華民國 年 月 日至 年 月 日止。

The Valid Period : From (dd-mm-yyyy) To (dd-mm-yyyy).

委任人： 簽章 Signature

Appointor

護照號碼：

Passport No.

地址：

Address

電話：

Phone

出生日期：

Date of Birth (dd-mm-yyyy)

受委任人：

Appointee

身分證字號／統一編號：

ID No.

地址：□□□

Address

電話：

Phone

簽章 Signature/Stamp

出生日期：中華民國 年 月 日

Date of Birth

中華民國 年 月 日

Date

(dd-mm-yyyy)