

**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。

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

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

**委任人** Appointor :

護照號碼 PassportNo :

地址 Address :

電話 TEL :

**簽章**(Signature/Stamp):

出生日期 Birth Date : 西元 \_\_\_\_\_ 年 Y \_\_\_\_\_ 月 M \_\_\_\_\_ 日 D

**受委任人** Appointee :

身分證字號 National ID No :

D

地址 Address :

電話 TEL :

**簽章**(Signature/Stamp):

出生日期 Birth Date : 西元 \_\_\_\_\_ 年 Y \_\_\_\_\_ 月 M \_\_\_\_\_ 日 D

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

Date: \_\_\_\_\_ (mm) \_\_\_\_\_ (dd) \_\_\_\_\_ (yyyy)