

全民健康保險投保單位投保金額查調申請書(代理人專用)

為核算全民健康保險補充保險費之需，本事務所受_____公司等_____家（詳如附件-委任單位明細）之委託，全權代為處理下列事項：

- 1.查詢投保單位雇主投保金額總額(保費年度：_____年)
- 2.查詢投保單位受僱者投保金額總額(保費年月：_____年_____月至_____年_____月)
- 3.查詢投保單位受僱者投保金額明細(保費年月：_____年_____月至_____年_____月)
- 4.其他_____

檢附上開公司委託清冊(共_____紙)，請惠予提供。

以上委託事項取得之資料，資料取得機關須負保密責任，未經健保署同意，不得任意移轉，或將申請之資料作為他用，如有不當使用或侵害個人隱私、逾越授權申請資料之範圍時，需自負法律責任，除應依相關規定追究行政責任外，應依刑法、個人資料保護法等相關規定，移請司法機關偵辦。

此致 衛生福利部中央健康保險署南區業務組

申請單位： (請蓋章)
負責人： (請蓋章)
統一編號：
聯絡電話：
營業地址：
E-mail 地址：

中華民國_____年_____月_____日

申請現場領取者，加填下列複代理人資料及授權書

代理人姓名	出生日期	年 月 日	身分證字號或居留證字號	
住(居)所地址	縣市	鄉鎮市區	路街	段 巷 弄 號 樓
聯絡電話	與單位之關係	<input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 其他(請簡述): _____	複代理人(簽章)	

授 權 書

本單位接受上揭公司委託，為辦理代扣繳納健保補充保費之需要，再委託複代理人_____向貴署南區業務組，申請提供上揭資料，如代理人有逾越授權申請資料之範圍，或將申請之資料作為他用時，由代理人依法律負責。

授權單位： (請蓋章) 負責人： (請蓋章)

注意事項：當事人或複代理人臨櫃申請健保資料，應出示身分證證明文件正本。本案受理後，收錄申請書及代理人或複代理人身分證證明文件影本。

授權日期：中華民國_____年_____月_____日

※以上由申請單位填寫

※以下由衛生福利部中央健康保險署填寫

辦理情形	承辦人	複核(或櫃檯章)

