

第 1 類投保單位新負責人概括承受聲明書

本單位業於____年____月____日變更負責人

為____，原單位尚未繳清之健保費，新負責人願意
一併概括承受，絕無異議。

此致

衛生福利部中央健康保險署東區業務組

投保單位代號：

投保單位名稱：

新負責人姓名：

新負責人身分證字號：

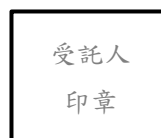
投保單位通訊地址：

聯絡電話：



上述申請因本人未克親自辦理，茲委託受託人辦理

受託人：



身分證字號：

聯絡電話：

住址：

中華民國____年____月____日