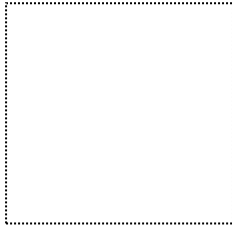
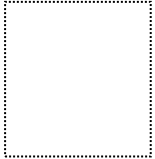


衛生福利部中央健康保險署  
投保單位提供資料申請書

年 月 日

投保單位名稱 (外傭雇主免填)		投保單位代號 (必填)	
負責人姓名		身分證號 或公司統編	
通訊地址	(臨櫃申請免填)		
電話			
申請理由及使用目的 (必填)			
<b>申請資料項目：(請在需要資料上方<input type="checkbox"/>打「<input checked="" type="checkbox"/>」)</b>			
<input type="checkbox"/> 投保單位保費計算明細表	期間：	年 月至	年 月
<input type="checkbox"/> 投保單位繳費證明	期間：	年 月至	年 月
<input type="checkbox"/> 投保單位健保費年度彙總表	期間：	年度	
<input type="checkbox"/> 雇主投保金額明細表	期間：	年度	
<input type="checkbox"/> 受僱者當月投保金額總額	期間：	年 月至	年 月
<input type="checkbox"/> 其他			
投保單位及負責人用印			
	單位圖記	負責人印章	

附註：委任他人代理申請應填具次頁表格。

本單位茲因\_\_\_\_\_（事由）之需要，申請如上頁申請書所勾選之資料項目，因不克親臨，特委請代理人\_\_\_\_\_前往辦理，請惠予提供。

以上委託辦理，如有逾越授權申請資料之範圍，或將之移作它用時，概由代理人自負法律責任。

此致

衛生福利部中央健康保險署

臺北 北區 中區  
南區 高屏 東區

業務組

投保單位負責人\_\_\_\_\_（簽章）

申請日期： 年 月 日

出具證明文件：

本人 身分證 駕照 護照 其他\_\_\_\_\_

代理人 身分證 駕照 護照 其他\_\_\_\_\_

**代理人請填下列資料**

代理人姓名	出生日期	年月日	身分證號 或 居留證號	
住(居)所地址	縣市	鄉鎮市區	路街	段巷弄號樓室
聯絡電話		代理人簽章	申請日期	年月日
與當事人關係				

說明：

- 一、為保護個人隱私，本申請受理作業依據「全民健康保險保險人對外提供資料作業要點」規定辦理。
- 二、投保單位負責人或委託他人代理臨櫃申請投保單位資料，臨櫃者應出示身分證明文件正本及單位(大、小)印章。

受理人員：\_\_\_\_\_