

# 委 託 書

茲本人 \_\_\_\_\_ 及眷屬 \_\_\_\_\_ 因 \_\_\_\_\_，無法親

自辦理自墊醫療費用核退相關事宜，特委託 \_\_\_\_\_ 代辦。

此致

全民健康保險保險人

委託人（法定代理人）：

簽章

身分證號：

受託人（矯正機關）：

簽章

聯絡電話：

身分證號（矯正機關代碼）：

與委託人關係：

中 華 民 國      年      月      日

註：請檢附受託人之身分證明文件影本