

全民健康保險投保單位負責人投保金額查調申請書（代理人專用）

本事務所受_____公司等_____家（詳如附件）之委託，為辦理該等公司發放股利須代扣繳納健保補充保費之需要，向 貴署南區業務組查調上開負責人_____年度投保金額。檢附上開公司委託清冊（共_____紙），惠請 貴署提供。

此致

衛生福利部中央健康保險署

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：

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

複代理人姓名	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，為辦理發放股利須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，申請提供上揭負責人投保金額，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)

授權日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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明文件影本。

※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	複核 (或櫃檯章)

