

委 託 書

茲本人 因故不克親臨 貴會 申請

- 勞工保險給付 勞工保險退保 健保加退保、停復保
◎勞工保險【加保作業】不得委託辦理。
團體保險給付 團體保險加退保 會籍異動

特委託 君前往辦理，請惠予提供。

- (請出具 1.本人印章及有附照片之雙證件 正本
2.受託人有附照片之證件 正本 供查驗以保護個資)

◎委託人及受託人簽章欄位請本人親自簽名或蓋章，若有未經合法授權或資料有冒偽情事致他人或機關受有損害，受託人應自負一切民刑事責任。

此致

台北市洗染業職業工會

委託人：

(簽章)



身分證字號：

出生日期： 年 月 日

地址：

縣市

鄉鎮市區

路街 段 巷 弄 號 樓

受託人：

(簽章) 與委託人關係：

身分證字號：

出生日期： 年 月 日

地址：

縣市

鄉鎮市區

路街 段 巷 弄 號 樓

中 華 民 國 年 月 日