

**移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用健康保險
代理投保委任書
Power of Attorney**

本人_____同意委任雇主_____先生（女士）代為
辦理投保移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用健康保險事宜，如有
不實願負法律責任。

_____ agree to appoint employer _____ on behalf
of me to apply for The Migrant Workers Covid-19 Health Insurance, and confirm with
full legal responsibility for any perjuries found.

委任期間自中華民國 年 月 日至 年 月 日止。

The Valid Period : From (dd-mm-yyyy) To (dd-mm-yyyy).

委 任 人 :

簽章 Signature

Appointor

護照號碼 :

出生日期 :

Passport No.

Date of Birth (dd-mm-yyyy)

地址 :

Address

電話 :

Phone

受委任人 :

簽章 Signature/Stamp

Appointee

身分證字號 / 統一編號 :

出生日期 : 中華民國 年 月 日

ID No.

Date of Birth

地址 :

Address

電話 :

Phone

中華民國 年 月 日

Date

(dd-mm-yyyy)