

編號：_____

全民健康保險醫療費用欠費案件辦理分期攤還委託書

▪本人_____申請辦理分期攤還，因無法親自前往辦理，特委託_____代為辦理。

此致

全民健康保險保險人

委託人：_____（簽名或蓋章）

▪委託人身分證號碼：

▪委託人戶籍地址：

市 區 里 鄰 路 段 巷 弄 號 之 (樓)
(縣) (鄉、鎮) (村) (街)

▪委託人通訊地址：

市 區 里 鄰 路 段 巷 弄 號 之 (樓)
(縣) (鄉、鎮) (村) (街)

▪委託人電話：(公) ____- ____ (宅) ____- ____

委託人行動電話：_____

▪醫事服務機構代號：_____

▪醫事服務機構名稱：_____（加蓋機構印信）

▪負責醫事人員身分證號碼：

▪負責醫事人員戶籍地址：

市 區 里 鄰 路 段 巷 弄 號 之 (樓)
(縣) (鄉、鎮) (村) (街)

▪負責醫事人員通訊地址：

市 區 里 鄰 路 段 巷 弄 號 之 (樓)
(縣) (鄉、鎮) (村) (街)

▪負責醫事人員電話：(公) ____- ____ (宅) ____- ____

負責醫事人員行動電話：_____

受託人：_____（簽名或蓋章）

▪身分證號碼：

▪戶籍地址：

市 區 里 鄰 路 段 巷 弄 號 之 (樓)
(縣) (鄉、鎮) (村) (街)

▪通訊地址：

市 區 里 鄰 路 段 巷 弄 號 之 (樓)
(縣) (鄉、鎮) (村) (街)

▪電話：(公) ____ - _____ (宅) ____ - _____

行動電話：_____

中華民國 年 月 日

身分證影本黏貼處

委託人身分證正面影本

委託人身分證反面影本

身分證影本黏貼處

受託人身分證正面影本

委託人身分證反面影本