**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

印

**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**