

證 明 書

本院病患 (民國 年 月 日生)，設籍
於貴轄 村 鄰 路街 段 巷 弄
號 樓之 ，確因身患重大疾病(不堪行走)，因
身分證遺失無法親至貴所辦理補發事宜，茲委託直系血親
(或配偶) 代為申請無訛，特此證明。

此 致

金門縣金寧鄉戶政事務所

醫 師： (簽章)

醫師字號：

病患姓名(委託人)： (簽章)

身分證統號：

補發身分證
請貼一年內
拍攝二吋相
片

受委託人： (簽章)

身分證統號：

戶籍地址：

(請蓋醫院印信)

貼妥後請加蓋騎縫章

中 華 民 國 年 月 日