

國立屏東大學約聘僱員工勞健保(加保)申請書

收件日期：

(由人事室填寫)

1071001 版

姓名		性別		出生日期	年 月 日	分機號碼		
身分證統一編號或外籍人士統一證號		住址					行動電話	
服務單位			職別			聘僱期間	自 年 月 日起 至 年 月 日止	
補助或委託機關名稱		計劃名稱及延聘編號			計劃執行期間	自 年 月 日起 至 年 月 日止		
是否領有殘障手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (請檢附殘障手冊影本)		依勞工保險條例第十一條之規定到職日應與加保日相同(本申請書應於到職前送至人事室辦理加保作業) 到職日： 年 月 日					
月支薪資(必填)		投保級距			勞退金是否願意提繳(填是者將每月自薪資扣除自提金額) 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	提撥率 (1至6%) 由申請人自填	備註	
說明	一、請檢附加保人身份證影本，如有眷屬要隨同本人轉入健保，請另填具『眷屬轉入轉出申請表』並檢附相關身份證明文件影本。 二、請於應申報日期前送奉校長核准始得加保，並於核准後將本表及附件送至人事室辦理，如延遲送達則以人事室收件日為加保日。							
簽章欄	加保人(被保險人)	計畫主持人(或服務單位主管)	人事室			校長		
			<input type="checkbox"/> 校務經費 <input type="checkbox"/> 計畫經費					

身 分 證 影 本 黏 貼 處

身 分 證 影 本
(或 居 留 證 影 本)
正 面

身 分 證 影 本
(或 居 留 證 影 本)
反 面