

宏國德霖科技大學勞僱型學生參加勞、健保、勞退金【加退保】申請表

以下資料由學生(被保險人)填寫

| | | | |
|---|---|-----------------|---|
| 姓名 <small>(請以正楷書寫)</small> | | 身分證字號 或居留證號碼 | |
| 出生日期 | 年 月 日 | 聯絡電話 | |
| 健保 | <input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 不加保 (若未勾選, 則視同不加健保。) | 勞工退休金 個人提繳率 | <input type="checkbox"/> 自願提繳【 <u> </u> %】(不得超過6%) <input type="checkbox"/> 不提繳 (若未勾選, 則視同不提繳。) |
| 其他身份 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 原住民(請檢附戶籍謄本影本) <input type="checkbox"/> 身心障礙(<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度)(請附身障手冊影本) <input type="checkbox"/> 外籍人士(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)(請檢附工作許可證影本) | | |
| 本人已據實填報, 並依事實辦理申請, 如經審核不符參加資格者, 同意學校逕依勞保及健保規定另處。 以上資料若有不實, 本人願負一切法律責任。 | | | |
| 申請人簽章: | | 年 月 日 | |

以下資料由用人單位或計畫主持人填寫

| | | | |
|----------------------------------|---|------------------------------------|--|
| 聘任單位 | | 薪 資 | |
| 加保方式 | <input type="checkbox"/> 全月加退保(科技部、專案計畫、生活獎助生皆為全月加退保) <input type="checkbox"/> 按日加退保(適用臨時性工讀生) | | |
| 聘僱期間 <small>(適用全月加退保)</small> | 年 月 日起 年 月 日止 | 預計聘僱日期 <small>(適用按日加退保)</small> | |
| 經費來源 | | 聘任單位 | |
| 計畫名稱 | | 承辦人 E-mail | |
| 聘任單位 承辦人簽章 | 年 月 日 | 分機或聯絡電話 | |
| 單位主管簽章 | 年 月 日 | 專案、生活獎助生 窗口確認簽章 | |

| | |
|------|---|
| 注意事項 | 一、擬聘人員應於到職前5日辦理加保申請, 以利到職當日順利投保; 另將依聘僱到期日為退保日, 本室於加退保後將以E-mail方式通知承辦人。 二、 超過生效日送件, 則以人事室保險承辦人收到申請表時間為加退保生效日。 三、此計算方式 僅適用按日加退保 , 其餘皆以當月給付薪資填寫。 如薪資為時薪或日薪皆請換算成月薪, 計算規則如下: 時薪: 時薪*每日工作時間=日薪; 日薪*30天(不論大小月皆以30天計算)=月薪。 日薪: 日薪*30天(不論大小月皆以30天計算)=月薪。 如為按日加退保請提供計畫預估經費表影本, 以利查核。 四、若未依規定辦理進用人員之保險, 致發生保險事故而無法申請勞保給付或衍生勞保局對本校之罰鍰時, 或所屬人員中途離職卻未通知人事室辦理勞(健)保及勞工退休金退保, 致產生逾期退保之勞(健)保保費及勞工退休金費用, 均由用人單位或計畫主持人自行負繳款之責任。 |
|------|---|

以下資料由人事室填寫

| | | | |
|---------|---------|---------|---|
| 加保日(全月) | 年 月 日 | 本次異動 | <input type="checkbox"/> 勞保及勞退、 <input type="checkbox"/> 勞保、 <input type="checkbox"/> 勞退、 <input type="checkbox"/> 健保 |
| 退保日(全月) | 年 月 日 | 加保方式 | <input type="checkbox"/> 系統、 <input type="checkbox"/> 函文、 <input type="checkbox"/> 紙本 |
| 收件日 | 加保日(按日) | 保險承辦人簽章 | |