

宏國學校財團法人宏國德霖科技大學

兼任教師暨眷屬健保 申請表 加保 退保

單 位：_____ 姓 名：_____

職 稱：_____ 人事代碼：_____

本人及依附投保之眷屬資料如下：

姓名	身分證字號	出生日期	稱謂	加(退)保日	代號
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			

注意事項：

- 一、加保申請案將依台端所填之日期（該日期應在有效聘期內）辦理，保費將自鐘點費代扣。
- 二、申請於本校加保健保時，請先辦妥其他單位健保轉出手續。
- 三、依全民健康保險法之規定，依附投保之眷屬（子女）須未滿 20 歲或符合下列條件之一→ A：領有殘障手冊且不能自謀生活 G：應屆畢業或服兵役退伍且無職業 H：罹患重大傷病且無職業 P：受禁治產宣告尚未撤銷 S：在學就讀且無職業
如欲為符合資格者加保，請於上表之「代號」欄中填寫代號，並檢附相關證明。
- 四、本校將於台端聘期結束日自動辦理退保，敬請留意。
- 五、如有相關問題，請洽人事室鍾岱真小姐 TEL：(02)2273-3567 分機 753。

本人瞭解「在二個以上單位工作，應選擇工作時間較長或工作所得較高或危險性較大之投保單位投保。」之規定。 簽名：	申請日期： 年 月 日
	聯絡電話或 E-mail：

人 事 室 受 理 註 記 欄			
每月鐘點費：	投保薪資：	每月健保費：	人事室收訖章戳