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(請以正楷書寫) |  | 身分證字號或居留證號碼 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出生日期 |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 聯絡電話 |  |
| 健保 | □加保□不加保 (若**未勾選**，則視同**不加健保**。) | 勞工退休金個人提繳率 | □自願提繳【 %】（不得超過6%）□不提繳 (若**未勾選**，則視同**不提繳**。) |
| 其他身份 | □無 | □原住民(請檢附戶籍謄本影本) |
| □身心障礙(□輕度□中度□重度)(請附身障手冊影本) |
| □外籍人士(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 | (**按日加保**請參閱注意事項四) |
| 加保方式 | □全月加退保(**科技部**、**專案計畫**、**生活獎助生**皆為全月加退保)□按日加退保(適用臨時性工讀生) |
| 聘僱期間(適用**全月**加退保) |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 起 | **預計**聘僱日期(適用**按日**加退保) |  |
|  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 止 |
| 經費來源 |  | 聘任單位承辦人E-mail |  |
| 計畫名稱 |  |
| 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 | 1. 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。
2. **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。**
3. 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。1. **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 | □勞保及勞退、□勞保、□勞退、□健保 |
| 退保日(全月) |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 加保方式 | □系統、□函文、□紙本 |
| 收件日 |  | 加保日(按日) |  | 保險承辦人簽章 |  |

109.05.29修改