宏國德霖科技大學**勞僱型學生**參加勞、健保、勞退金【**薪調**】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	

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		薪調生效日	年　月　日
調整前薪資		**調整後**薪資	
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	年　月　日
注意事項	一、薪資調整當月申保於次月1日生效，如欲辦理薪調，**應於薪調生效日前1個月辦理薪調申請**。 二、人事室保險承辦人收件日為生效日當月或生效日當月送件，則以人事室保險承辦人收到申請表時間為薪資調整申報日，**逾時無法追溯調整，敬請提早辦理**。		

以下資料由人事室填寫

收件日	年　月　日	本次異動	□勞保及勞退□勞保、□勞退、□健保
實際薪調生效日	年　月　日	薪調方式	□系統、□紙本
保險承辦人簽章			

107.01.02 薪增