

在學學生無專職工作聲明書

姓名：	身分證號：	出生日期： 年 月 日
就讀學校：	年級：	
給付所得單位（以下簡稱貴單位）： 宏國學校財團法人宏國德霖科技大學		

本人未以專職員工身分參加健保，且受領 貴單位之（兼職）薪資所得，未達中央勞工主管機關公告之基本工資（目前為 23,100 元），依全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 4 條第 3 項第 7 款及行政院衛生署 102 年 1 月 24 日衛署健保字第 1020061077 號函釋規定，請 貴單位免扣取本人補充保險費，謹提具下列證件，以資證明。如有不實，願依全民健康保險法暨相關法律規定處理，特此聲明。

聲明人：

簽章

中 華 民 國

年

月

日

最近一學期之學校註冊單

蓋有註冊章之學生證

本欄請粘貼最近一學期之學校註冊單影本或蓋有註冊章之學生證正反面影本

※聲明人填寫完畢後，煩請逕送人事室存查。

1080717