**宏國學校財團法人宏國德霖科技大學**

**□加保**

**□退保**

**兼任教師暨眷屬健保 申請表**

 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：

1. 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。
2. 申請於本校加保健保時，請先辦妥其他單位健保轉出手續。
3. 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。

1. 本校將於台端聘期結束日自動辦理退保，敬請留意。
2. 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 |

108.08.22製