

國立臺中教育大學勞、健保、勞退金加保作業表單

本人為勞僱型 ☐ 專 / ☐ 兼任助理 (含全職 / 部分工時)，欲辦理 ☐ 勞保、☐ 健保 (加保單位：事務組)、☐ 勞工退休金 (加保單位：人事室) 加保事宜。

一、基本資料

僱用單位 / 聯絡人	身分證字號 (居留證)	性別	姓名	生日 (民國年)	預估月薪資		預計 加保日期	預計 退保日期	
					全職工時 (整月加保)	部分工時 (按日加保)			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			____元/月 (投保金額)	1. ____時/日 * <u>140</u> 元/時 2. ____時/日 * 140元/時 * 30天/月 ____元/月 (投保金額)			
眷屬是否加保	眷屬身分證字號		眷屬姓名	眷屬生日	與眷屬關係				
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 (須檢附戶口名簿...等, 可確認眷屬關係之證明文件)				

以日計算 (加保日期):

以日計算 (退保日期):

二、加保內容

勞 保 專 區			勞 退 金 專 區		健 保  專 區	<input type="checkbox"/> 是       <input type="checkbox"/> 否	健保薪資級距	
※依規定不得追溯加保，未能於到職日前加保者，以申請表送達總務處事務組收件當日 (15 時前) 辦理投保事宜			依規定按月提繳退休金至勞保局個人退休金專戶，本校提撥 6%，本人願意自行提繳 ____% (個人自由選擇提繳 0 或 6%) ※只適用勞基法之勞工 (含本國籍、外籍配偶、陸港澳地區配偶)				雇主負擔費用	
							個人負擔費用	
							非每個工作日到工者，其每週工作時數未達 12 小時 (依行政院衛生署 84 年 7 月 4 日衛署健保字第 84031133 號函釋)	
勞保投保級距			勞退金投保級距				於校外擔任其他工作，已投保健保且薪資較高者 (依全民健康保險法施行細則第 17 條，須檢附已加保之文件，如：加保單等)	
雇主負擔費用	整月加保 ____元/月	按日加保 ____元/月 除 30 日/月 乘上加保天數	雇主負擔費用					
個人負擔費用	____元/月	____元/月 除 30 日/月 乘上加保天數	個人負擔費用					

三、是否已於校內其他單位加保或工讀 (請確實填寫，避免重複加保)

☐ 是: 加保或工讀單位: \_\_\_\_\_ 連絡人: \_\_\_\_\_

☐ 否

四、注意事項 (請詳細閱讀，並於下列簽名)

1. 僱用人員如為外國學生、僑生及華裔學生，依規定須先取得工作許可證，並於許可期間內聘僱，除寒暑假外，每星期最長時數為 20 小時。
2. 為確保被保險人權益，請於加保前 3 日填送本表至總務處事務組辦理勞、健保加保，及人事室辦理勞退金提撥作業相關事宜。未依規定辦理加保致影響個人權益，概由用人單位 (或計畫主持人) 及當事人自行承擔。
3. 各單位所聘僱之人員，如聘僱期間中途離職或聘僱期限屆滿不再辦理續聘者，務必自行通知被保險人於最後在職日前 5 日至總務處事務組及人事室辦理退保手續，未依規定辦理退保，致本校未能即時通知勞保局退保，期間衍生應繳而未繳之保費 (含個人及雇主負擔)，應由被保險人負責償還，並由用人單位 (或計畫主持人) 負連帶償還之責任。如被保人為非計畫下聘僱人員應由用人單位負責。
4. 本人已詳細閱讀上述事項，並同意遵守。

(被保險人) 本人簽名: \_\_\_\_\_; 單位主管 / 計畫主持人簽名: \_\_\_\_\_

連絡電話: \_\_\_\_\_; 辦理日期: \_\_\_\_\_

註：1. 上述資料確認無誤，請印出紙本簽名後隨正本聘用簽送至事務組與人事室辦理加保事宜。

2. 上述資料僅供加保相關作業使用。