國立陽明交通大學勞健保加保申請單

姓　　名		身分證號碼		出生日期	年　　月　　日
單　　位		職　　稱		單位分機	
手　　機		到　職　日	年　月　日	薪　　資	NT$
核准文號			退休金個人月提	%(可選擇 0%~6%)	
立帳郵局		局　　號		帳　　號	
聯絡地址					

雙線表格內研究助理才需填寫

計畫名稱		計畫編號	
計畫期間	年　月　日至　年　月　日	主 持 人	
聘僱期間	年　月　日至　年　月　日	電話分機	
計畫類別	☐科技部　☐衛生署　☐其他（　　）		

注意事項：

1. 請於到職日填妥本加保申請單並攜帶**奉准文件影本、身分證正本及正反面影本、健保轉出單各一份**，到人事室辦理加保，**延誤報到致影響個人保險權益，投保人自行負責**。
2. 勞健保加保申請單送達人事室當日辦理投保，依規定**勞保不得追溯既往加保；健保若須溯及到職日加保請事先聲明。**
3. 健保眷屬加保，請攜帶戶口名簿(或足以證明與投保人有二等親直系血緣關係之文件)。若加保眷屬年滿二十歲，請附該眷屬合於投保之文件，如學生證、退伍未滿一年之退伍令影本一份。
4. 投保人離職時，務必到人事室辦理退保，若**未辦理致使承辦單位未即時通知保險機構退保，該期間保費(含雇主負擔部份)，由投保人自行負責**。
5. 人事室電話：28267000 轉 62005 傳真：28201285

申 請 人	（簽章）	計畫主持人	（簽章）	人事室	請核對薪資、提退休金

以下表格由人事室填寫

勞保及就業保險	投保金額	NT$	加保日期	年　月　日
健　保	投保金額	NT$	加保日期	年　月　日
	眷保口數	人(不含本人)領有殘障手冊、中低收入戶，請附證明辦理減免。		
退休金	月提工資	NT$	提繳日期	年　月　日

保費計算（人事室）	年　月　日至　年　月　日				自　年　月　起按月代扣		
	負　擔	勞保費	健保費	提退休金	勞保費	健保費	提退休金
	個　人						
	雇　主						
	承辦人			單位主管			