

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*140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
勞保投保級距	勞退金投保級距		個人負擔費用			
整月加保	按日加保	雇主負擔費用	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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	____元/月	____元/月除30日/月乘上加保天數	個人負擔費用			
個人負擔費用	____元/月	____元/月除30日/月乘上加保天數				

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)

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。