**中國科技大工讀生/專兼任助理投保薪資級距調整及健保加保申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 聘任單位 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 經費來源 | □校付款-生輔組 □教育部  □校付款-總務處(竹) □科技部  □校付款-營繕組 □高教深耕計畫  □校付款- □其他 | | | | | |
| 計畫名稱 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請勾選調整項目 (字跡請勿潦草) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保險人  姓名 | | 身分證字號  (外籍人士請填統一證號） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 出生年月日 | 投保薪資  **(請換成月薪)** | | | | | 薪資異動  月份及項目 |
| 調整前 | | | 調整後 | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | 年 月 日 | 元 | | | 元 | | 年 月 |
| □勞保□勞退金 |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | 年 月 日 | 元 | | | 元 | | 年 月 |
| □勞保□勞退金 |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | 年 月 日 | 元 | | | 元 | | 年 月 |
| □勞保□勞退金 |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | 年 月 日 | 元 | | | 元 | | 年 月 |
| □勞保□勞退金 |
| 健保加保資料 (字跡請勿潦草) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保險人姓名 | | 身分證字號  (外籍人士請填統一證號） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 出生年月日 | | 國籍 | | | 性別 | 投保薪級  (檢附原健保加保單位轉出單) |
|  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | 年 月 日 | | □中華民國  □ | | | □男  □女 | 元 |
| 加保日： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □本人  □眷屬(關係： ) | | □健保轉出單 |
|  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | 年 月 日 | | □中華民國  □ | | | □男  □女 | 元 |
| 加保日： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □本人  □眷屬(關係： ) | | □健保轉出單 |
|  | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | 年 月 日 | | □中華民國  □ | | | □男  □女 | 元 |
| 加保日： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □本人  □眷屬(關係： ) | | □健保轉出單 |
| **注**  **意**  **事**  **項** | 1. 勞保調薪定義為被保險人之平均月薪資總額變動，投保單位應於法定申報調整期限(每年2月和8月底)前填具投保薪資調整表身保其投保薪資；又或者投保單位為即時反應員工薪資所得，可以按月或季調整。   2.投保薪資級距改變者，請填具本申請表，及檢附其他薪資證明文件（如投保薪資調降，另檢附最近三個月薪資證明，並蓋上單位章），送人事室據以辦理，並自申報之次月起生效。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保險人簽章 | | | | | | | | | | | | | | | | | 計畫主持人或用人單位主管簽章 | | | | | | | | | 人事室備查核備(人事室填寫) | | | |
| 本人已確認上方之基本資料無誤，並以『正楷』方式書寫上方表件。  ※被保險人簽名/簽章：  ※分機/手機：  中華民國 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | ※計畫主持人簽名/簽章：  ※分機/手機：  中華民國 年 月 日 | | | | | | | | | 收件日： 年 月 日  □已調薪 □未調薪 | | | |