

致理科技大學短期聘僱人員勞保、健保及勞工退休金投保申請單

被保險人資料	姓 名		身分證字號	
	出生年月日	年 月 日	聯絡電話	
	經費來源		工作單位	
	身份別	<input type="checkbox"/> 研究計畫專任助理 <input type="checkbox"/> 研究計畫兼任助理 <input type="checkbox"/> 工讀生(本校學生) <input type="checkbox"/> 臨時工(非本校學生)	每月 平均薪資	\$ _____
	聘用期間	年 月 日起至 年 月 日止		
申請項目	勞保/勞工退休金 <input type="checkbox"/> 是，請投保。 <input type="checkbox"/> 否，已於_____計畫投保，請勿重覆加保。		依規定不得追溯加保，未能於到職日前加保者，以申請表送達人事室收件當日辦理投保。	
	健保 <input type="checkbox"/> 是，請投保。 <input type="checkbox"/> 否。(請填寫下列問題) 1、符合右列第_____項，無須投保。 2、已於_____計畫投保，請勿重覆加保。		1.非每個工作日到工者，其每週工作時數未滿 12 小時者，本校不為其辦理健保加保。 2.短期工作(讀)不超過 3 個月者，得選擇不在本校加健保。 *未符合上述二項條件之一者，依規定應由本校投保健保，請務必勾選此項。	
	自提勞工退休金(外籍人士不適用) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 _____% (僅限 1%~6%)		未勾選者，將視為不提繳自提勞退。	
註：助理人員加保者，單位負擔請計畫主持人編列預算。				

申請人：

簽章

計畫主持人：

簽章

單位主管：

簽章

申請日期： 年 月 日

全民健康保險保費分攤表			
月薪	投保金額	個人負擔	單位負擔
26,400 以下	26,400	409	1,286
26,401-27,600	27,600	428	1,344
27,601-28,800	28,800	447	1,403
28,801-30,300	30,300	470	1,476
30,301-31,800	31,800	493	1,549
31,801-33,300	33,300	516	1,622
33,301-34,800	34,800	540	1,695
34,801-36,300	36,300	563	1,768
36,301-38,200	38,200	592	1,860
38,201-40,100	40,100	622	1,953
40,101-42,000	42,000	651	2,045
42,001-43,900	43,900	681	2,138
43,901-45,800	45,800	710	2,231
45,801-48,200	48,200	748	2,347