

## 明新學校財團法人明新科技大學 加保申請表

勞工保險證號：04006385G；全民健保投保單位代號(勞保)：123635236；全民健保投保單位代號(公保)：110058770

聘任身分	<input type="checkbox"/> 專任教職員(人事代碼A) <input type="checkbox"/> 專案教師(人事代碼E) <input type="checkbox"/> 約僱人員(人事代碼E、K) <input type="checkbox"/> 專案計畫人員(人事代碼F)，手機：_____ 計畫名稱：_____ 僱用單位主管(或計畫主持人)，手機：_____，Email：_____							
投保者一本人，身份屬於 <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外籍 <input type="checkbox"/> 外籍配偶(含港澳配偶) <input type="checkbox"/> 大陸配偶    ※外籍、外籍配偶、大陸配偶務必附佐證								
姓名	身分證號 (居留證號)	出生年月日 (0520901)	性別	加保日期 (到職日)	特殊身份別	每月薪資	投保健保	投保勞退金 個人自願提繳6% (非強制)
				年    月    日	<input type="checkbox"/> 屬部份工時 <input type="checkbox"/> 屬全時		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
到職日所屬眷屬依附加保								
眷屬姓名	身分證號 (居留證號)	出生年月日 (0520901)	稱謂	年滿20歲	年滿20歲卑親屬加保原因代碼(詳見注意事項7)			
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> G			
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> G			
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> G			
本人簽名				僱用單位主管或計畫主持人簽章 (教師及約僱人員主管免簽章；專案計畫人員主管須簽章)				
<b>注意事項：</b> 1. 加保：請務必於「 <b>到職日前10日</b> 」，將「 <b>核准聘任簽呈</b> 」併同「 <b>核章後加保申請表</b> 」電子檔寄送至 <a href="mailto:happiness52093@must.edu.tw">happiness52093@must.edu.tw</a> 。並請於寄送後電洽承辦人(分機2137)，確認是否已收到相關資料，謝謝您的協助。 2. 離職(含契約到期)：請務必於「 <b>離職日前10日</b> 」，將「 <b>核准離職簽呈</b> 」併同「 <b>核章後退保申請表</b> 」電子檔寄送至 <a href="mailto:happiness52093@must.edu.tw">happiness52093@must.edu.tw</a> 。並請於寄送後電洽承辦人(分機2137)，確認是否已收到相關資料。 3. 薪調：請務必於「 <b>投保薪資調整生效日前15日</b> 」，將「 <b>核准薪調簽呈</b> 」併同「 <b>核章後薪資調整申請表</b> 」電子檔寄送至 <a href="mailto:happiness52093@must.edu.tw">happiness52093@must.edu.tw</a> 。並請於寄送後電洽承辦人(分機2137)，確認是否已收到相關資料。薪調自申請調整次月1日生效。 4. 請計畫單位每月如實給薪及核銷保費。 5. 如未依規定辦理，所衍生之費用或違反規定而受罰之情事，應由計畫主持人或用人單位，依法負損害賠償或補償責任。								

6. 個人自願提繳勞退金，限本國籍、外籍配偶（含港澳配偶）、大陸配偶、取得永久居留證之外籍人士（非外籍配偶）。
7. 已成年（年滿 20 歲）直系血親卑親屬，如子女，以眷屬身分依附投保時，請依所列英文符號加註於「合於健保投保條件」之「年滿 20 歲卑親屬加保原因」欄內：

依附加保代碼	加保原因	舉證文件
S	在學就讀且無職業者	學生證
P	受監護宣告尚未撤銷	受監護宣告公文
A	領有身心障礙手冊或證明且不能自謀生活	身心障礙手冊或證明
H	罹患本法所稱重大傷病且不能自謀生活	重大傷病卡
G	應屆畢業或服兵役退伍 1 年內且無職業	畢業證書、退伍令