

明新學校財團法人明新科技大學

在學學生無專職工作聲明書

姓名：	身分證字號：	學號：	出生日期： 年 月 日
就讀學校：			年級：
給付所得單位（以下簡稱貴單位）：			

本人未以專職員工（即不在給付單位以健保法第 10 條第 1 項第 1 款之被保險人）身分參加健保，且受領 貴單位之（兼職）薪資所得，未達中央勞工主管機關公告之基本工資（目前為_____元），依全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第 4 條第 3 項第 7 款及行政院衛生署 102 年 1 月 24 日衛署健保字第 1020061077 號函釋規定，請貴單位免扣取本人補充保險費，謹提具下列證件，以資證明。如有不實，願依全民健康保險法暨相關法律規定處理，特此聲明。

最近一學期之學校註冊單

蓋有註冊章之學生證

<u>學生證正面</u>	<u>學生證背面(註冊章)</u>
--------------	-------------------

聲明人：

簽章

中華民國

年

月

日