明新學校財團法人明新科技大學　眷屬退保健保申請表（單獨）

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

申請日期：　　年　　月　　日

投保者－本人，身份屬於□本國籍　□外籍　□外籍配偶（含港澳配偶）　□大陸配偶　※外籍、外籍配偶、大陸配偶務必附佐證

人事編號	姓名	身分證號 （居留證號）	出生年月日 （0521228）	聯絡手機	電子信箱

投保眷屬健保（限本國人）

眷屬姓名	身分證號 （居留證號）	出生年月日 （0521228）	稱謂	退保日期	退保原因
				年　　月　　日	
				年　　月　　日	
				年　　月　　日	

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）

注意事項：

1. 申請表繳件方式：**申請表完成核章後，敬請將電子檔寄送至 happiness52093@must.edu.tw。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. 請計畫單位每月如實給薪及核銷保費。
3. 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。