

明新學校財團法人明新科技大學 退保申請表

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

投保者聘任身分	<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"/> 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			
人事編號		姓名	
手機		Email	
身分證號 (居留證號)		出生年月日 (52年9月1日)	年 月 日
性別		退保日期	年 月 日
特殊身份別	<input type="checkbox"/> 屬部份工時 <input type="checkbox"/> 屬全時	健保	原有眷屬依附加保，眷屬亦會一併轉出
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. 離職（含契約到期）：請務必於「 離職日前 10 日 」，將「 核准離職簽呈 」併同「 核章後退保申請表 」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. 請依照程序辦理離職。 3. 請計畫單位每月如實給薪及核銷保費。 4. 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。			