

高雄市立空中大學 業務工讀生 勞健保加保基本資料表
研究助理

用人單位	姓 名	身分證字號	出生年月日	工作期限
投保薪資				
原住民： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		聯絡電話：(O) (H)		
身心障礙人士： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		手機：		
地 址				
眷屬加保資料（請檢附身分證影本）				
姓 名	身分證字號	出生年月日	稱 謂	備 註
勞保費：		機關負擔部分：	勞保費：	
健保費：			健保費：	

注意事項：

- 一. 最晚到職日請填寫本表並身分證正反面影本各一份（外籍人士請附護照、居留證及工作許可文件影本）前投保單位健保轉出單一份至事務組辦理投保事宜，若延誤辦理致影響個人權益，由投保人自行負責。
- 二. 被保險人離職時，務必到總務處事務組辦理退保事宜，若未辦理致使承辦單單位未及時通知勞保局辦理退保，該期間保費應由保證人負責償還。
- 三. 事務組連絡分機：1121

申請人簽章：

中華民國 年 月 日