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：□是 □否 | | 聯絡電話：（O）            （H） | | | | |
| 身心障礙人士：□是□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 ：

1. 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。
2. 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。
3. 事務組連絡分機：1121

                                    申請人簽章：

中華民國              年                 月                日