

馬偕醫學院 計畫助理人員加(退)保申請書

申請項目	<input checked="" type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 調薪		
保險類別	<input checked="" type="checkbox"/> 勞保	生效日期	107年 月 日
	<input type="checkbox"/> 健保 眷屬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	生效日期	年 月 日
被保險人	姓名	任職單位	教務處
	身分證號	出生年月日	
	聯絡電話	是否持有身心障礙手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請檢附殘障手冊影本)
	電子郵件信箱	是否為退休軍公教人員	<input type="checkbox"/> 是，領有月退休金 <input type="checkbox"/> 是，已領一次退休金 <input type="checkbox"/> 否
計畫人員類別	<input type="checkbox"/> 專任助理 <input checked="" type="checkbox"/> 兼任助理 <input type="checkbox"/> 臨時工		
工作酬金	<input type="checkbox"/> 月薪：_____元 <input type="checkbox"/> 日薪：_____元	兼任助理、臨時工	
	<input type="checkbox"/> 時薪：_____元 <input type="checkbox"/> 其他：_____	支付月薪 5,000 元	
	薪資調整前：_____元，薪資調整後：_____元 (無調整者免填)		
勞、健保雇主負擔經費來源	校內經費： <input type="checkbox"/> 研究室設置費 <input type="checkbox"/> 校外計畫獎助款 <input type="checkbox"/> 配合款 <input type="checkbox"/> 其他：		
	校外經費： <input type="checkbox"/> 科技部 <input checked="" type="checkbox"/> 教育部 <input type="checkbox"/> 其他_____		
聘任起迄日期	年 月 日 至 年 月 日		
檢附文件：			
一、新進人員申請健保加保者，請檢附前一單位健保轉出單影本。			
二、眷屬申請健保依附加保者，請填寫馬偕醫學院全民健保職員眷屬承保資料申請表。			
注意事項：			
一、新進人員申請加保者，至遲於到職前一日填妥申請書。未於規定期限送件者，以送達人事室辦妥加保手續為生效日期。			<input type="checkbox"/> 我知悉
二、約用人員若於約用期間中途離職、計畫中止或約用期限屆滿不再續聘，請於離職十日前填妥申請書，至遲未於離職前送件者，以送達人事室辦妥退保手續為生效日期。			<input type="checkbox"/> 我知悉
三、聘僱人員若聘期中薪資調整，請於生效月之前一月份填妥申請書送人事室辦理，並於執行申報日期之次月一日生效。			<input type="checkbox"/> 我知悉
四、因勞工保險無法追溯加退保及薪資調整生效日，未依規定辦理手續致影響個人權益或因逾期退保衍生之一切費用(含個人及雇主負擔金額)，由申請人及計畫主持人自行負責。			<input type="checkbox"/> 我知悉
五、本人同意自起聘日起為聘僱人員加勞、健保，如未核准聘僱，其勞、健保費用由本人負擔。			<input type="checkbox"/> 我知悉

計畫助理人員簽章：_____ 日期： 年 月 日

計畫主持人簽章：_____ 日期： 年 月 日