馬偕醫學院 計畫助理人員加(退)保申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請項目 | **□加保 □退保 □調薪** |
| 保險類別 | □勞保 | 生效日期 | 年 月 日 |
| □健保 眷屬：□無 □有 | 生效日期 | 年 月 日 |
| 被保險人 | 姓 名 |  | 任職單位 |  |
| 身分證字 號 |  | 出生年月日 |  |
| 是否持有身心障礙手冊 | □無 □有(請檢附殘障手冊影本) | 是否為退休軍公教人員 | □是，領有月退休金□是，已領一次退休金□否 |
| 計畫人員類別 | □專任助理 ■兼任助理 □臨時工  |
| 工作酬金 | 月支薪資：　5000　元。（臨時工請以時薪×預估整月工作時數，估算月支薪資） |
| 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：□研究室設置費 □校外計畫獎助款 □配合款 □其他 　　  |
| 校外經費：□科技部 ■教育部 □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。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。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。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。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。 | □我知悉 □我知悉□我知悉□我知悉□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