

國立臺東大學附屬特殊教育學校約聘僱人員 勞、健保退保及勞工退休金停繳申請表

退

※本表請以正楷詳實填寫並請確認資料無誤，
粗線框之欄位由事務組填寫。

收件日期：

姓名		身分證字號	
連絡電話/ 手機		出生日期	年 月 日
通訊地址			
勞、健保及 勞退停繳日 (離職日)	年 月 日		
實際退保及 停繳日期	年 月 日 (以最後工作日為退保日；如於離職後始辦理退保，以本表送至事務組收件當日辦理退保)		
注 意 事 項	一、被保險人離職（包括聘期結束及投保身分異動）時，請務必於離職前一週填具本表，並完成核章後送至總務處事務組辦理退保事宜，至遲應於最後 <u>工作日中午前</u> 送達總務處事務組。如未依規定提出申請致無法即時辦理退保作業，該期間衍生之相關保費（含個人及機關負擔），由被保險人自行承擔。 二、眷屬如隨同被保險人參加健保，被保險人辦理離職退保時，眷屬亦一併轉出。		
被保險人親簽		已詳閱注意事項，並同意遵守。(本表送事務組前請自行影印留存)	
		簽章 年 月 日	
用人管理 單 位	承辦人簽章	已確實審核被保險人勞、健保及勞退停繳日為 年 月 日，且已詳閱注意事項，同意遵守。	
		簽章 年 月 日	
	單 位 主 管 簽 章	已詳閱注意事項，並同意遵守。	
		簽章 年 月 日	

(欄位如不敷使用，請自行增列)

☐請業務單位先將文件遞送至總務主任，檢視過後總務處承辦單位逐層核章。

承辦人(請附上系統資料)

事務組長

出納組長

總務主任