**國立臺東大學附屬特殊教育學校約聘僱人員**

|  |
| --- |
| **收件日期：** |

**勞、健保投保薪資及勞工退休金提繳工資調整申請表**

**※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。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 身分證  字號 | |  |
| 連絡電話/手機 | |  | 出生日期 | | 年　 　月　　 日 |
| 受僱  資料 | | **1.調整前資料：(用人管理單位＝受僱處室)**  用人管理單位：  月支薪資總額：　　　 　 元  聘僱期間：自 年 月 日至 年 月 日止  經費來源：□ 校務基金　□ 計畫：  **用管單位簽章**：  **2.調整後資料：請詳細填寫**  用人管理單位：  月支薪資總額：　　 　　 元  聘僱期間：自 年 月 日至 年 月 日止  經費來源：□ 校務基金　□ 計畫：  **用管單位簽章**：  **受僱人親簽：　　　　　　　　 ※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)** | | | |
| **調整前**  月支薪資總額 | | 元  **(如受僱於本校二個以上之計畫，請加總月薪)** | | **調整後**  月支薪資總額 | 元  **(如受僱於本校二個以上之計畫，請加總月薪)** |
| **薪資調整**  **日期** | | **年 　　　月 　　　日**  **(以至事務組辦理薪調之日為申報日)** | | 投保薪資  調整級距  生效日期 | **年　　　月　　　日**  **（為執行申報當日之次月一日）** |
| 月投保額  級　　距 | **勞保　　　　　　　　元**  **健保　　　　　　　　元**  **勞退　　　　　　　　元** |
| 注 意  事 項 | 一、被保險人加保後，月支薪資如有調整或受僱單位有增減，致月支薪資總額有所異動，應即時填具「國立臺東大學附屬特殊教育學校約聘僱人員勞、健保投保薪資及勞工退休金提繳**工資調整**申請表」，並完成核章後送至總務處事務組辦理勞健保投保級距調整事宜，薪資**投保級距調整生效日期為執行申報當日之次月一日**。如未依規定辦理薪調而影響個人權益，由被保險人自行承擔。  **二、被保險人如受僱於本校二個以上之計畫，請確實填寫薪資調整前及調整後之相關資料**，並**親自簽名**。 | | | | |

(欄位如不敷使用，請自行增列)