**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**

|  |
| --- |
| **收件日期：** |

**※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 |
| 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**工作日中午前**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)