

眷屬是否參加健保：無 有，請填寫下列資料：

眷屬姓名	稱謂	身分證字號	出生日期	特殊身分
				<input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 其他(低收入戶)
				<input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 其他(低收入戶)
				<input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 其他(低收入戶)
				<input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 其他(低收入戶)
				<input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 其他(低收入戶)
				<input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 其他(低收入戶)

被保險人親簽：_____ 年 月 日

※已詳閱注意事項，並同意遵守。

用人管理單位	承辦人簽章	已確實審核被保險人與本校具僱傭關係，且符合加保資格，核定月支薪資 _____元，並已詳閱注意事項，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

注意事項	<p>一、為確保被保險人權益，請確實填具本表並完成核章後於到職日中午前送至總務處事務組辦理加保事宜；如於到職後始辦理加保，以本表送至總務處事務組收件當日辦理投保且保險效力始於當日（依勞工保險條例規定，勞保不得追溯加保）。如未依規定辦理加保或因資料不全致無法辦理加保而影響個人權益，由被保險人自行承擔。</p> <p>二、眷屬如隨同被保險人參加健保，請檢附其身分證影本。眷屬參加健保之規定：被保險人無職業之配偶、直系血親、未滿20歲或滿20歲無謀生能力或仍在學就讀之子女。</p> <p>三、被保險人如受僱於本校二個以上之單位任職，請確實填寫相關資料，並親自簽名。</p> <p>四、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。</p> <p>五、被保險人如欲辦理勞、健保各項給付申請，請洽總務處事務組或自行下載相關表格（勞、健保局全球資訊網）填妥並檢附相關文件。如涉及須認定被保險人出勤狀況或薪資給付情形，應由用人管理單位自行認定並核章。</p> <p>六、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「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」，並完成核章後送至總務處事務組辦理退保事宜。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。</p>
------	---

相關證件影本黏貼處

<p>身分證影本</p> <p>正面</p>	<p>身分證影本</p> <p>反面</p>
------------------------	------------------------

<p>身心障礙手冊影本</p> <p>正面</p> <p>(非身心障礙人員免附)</p>	<p>身心障礙手冊影本</p> <p>反面</p> <p>(非身心障礙人員免附)</p>
--	--

<p>眷屬隨同加保</p> <p>身分證影本</p> <p>正面</p>	<p>眷屬隨同加保</p> <p>身分證影本</p> <p>反面</p>
--------------------------------------	--------------------------------------

<p>眷屬隨同加保</p> <p>身分證影本</p> <p>正面</p>	<p>眷屬隨同加保</p> <p>身分證影本</p> <p>反面</p>
--------------------------------------	--------------------------------------