

## 長榮大學教育部計畫兼任人員參加勞保、健保申請表

填表日期： 年 月 日

單 位		出 生 日 期	
職 別		戶 籍 地 址	
姓 名		身 分 證 統 一 字 號	TEL: 學校分機：
每 月 薪 資		經 費 來 源 計 畫 編 號	
僱 用 期 限	自中華民國 年 月 日起至 年 月 日止		
備 註	<input type="checkbox"/> 在本校首次加保 在本校已加保，未退保，僅異動： <input type="checkbox"/> 薪資，調整為_____元 <input type="checkbox"/> 經費來源 <input type="checkbox"/> 其他_____		
是否參加健保	<input type="checkbox"/> 符合以下情況之一，故申請不投保全民健康保險： <input type="checkbox"/> 已有其他主要工作（於他處工作時間較長或所得較高） <input type="checkbox"/> 工作期間未達3個月，且未喪失原有之投保資格 <input type="checkbox"/> 非每個工作日到工，其每週工作時數未滿12小時（不含12小時，每個工作日到工者，無論每日工作時數若干，請依法辦理加保） <input type="checkbox"/> 投保全民健康保險		

上列 君，確實為本計畫兼任人員，在職期間擬請准予參加勞保、健保，所需保險費由其本人及本計畫經費依規定分擔支付。

計畫主持人或負責人： (簽章)

本欄由人力資源發展處填寫						
投保薪資	勞保保費金額		健保保費金額		勞工退休金金額	
	個人負擔	單位負擔	個人負擔	單位負擔	個人負擔	單位負擔
勞保： 健保： 勞退金：						

- 一、各專題研究計畫約聘人員應於到職日前二週，將本申請表交至人資處辦理加保，逾時未繳交，致使到職日起未能及時加保，以致人員權益受損，應由雇用計畫主持人負責。
- 二、請檢附簽呈影本及契約書。

身分證影印本正面	身分證影印本反面
----------	----------

- 本表蒐集之個人資料，僅限於本表單之特定目的使用，非經當事人同意，絕不轉做其他用途，並遵循本校資料保存與安全控管規定辦理。相關之告知事項請參閱 <https://www.cjcu.edu.tw/pims>。
- 當您簽署與遞交本表單，表示您已知悉本校蒐集、處理、利用您的個人資料之特定目的。
- 個人資料保護聯繫窗口：電話：06-2785123#1022；信箱：pims@mail.cjcu.edu.tw。