

社會保險、全民健康保險  
被保險人 育嬰留職停薪 選擇續(退)保同意書

填寫日期： 年 月 日

被保險人資料		留職停薪 起訖日期	<u>公保</u> 選擇 續(退)保	<u>勞保</u> 選擇 續(退)保	<u>健保</u> 選擇 續(退)保
姓名		自 年 月 日起 至 年 月 日止	<input type="checkbox"/> 續保	<input type="checkbox"/> 續保	<input type="checkbox"/> 續保
身分證 字號			<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 退保	<input type="checkbox"/> 轉出  <input type="checkbox"/> 停保(出國六個月以上)

立同意書人： (簽章)

服務單位：

聯絡電話：

【注意事項】

- 一、**公保**身分者，請續填「**公教人員保險被保險人育嬰留職停薪選擇續(退)保同意書**」一式二份。
- 二、本表填寫完成後，請交至人事室。

- 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。