

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 | 公保選擇 續(退)保 | 勞保選擇 續(退)保 | 健保選擇 續(退)保 |
|-----------|--|--------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 姓名 | | 自 年 月 日起 | <input type="checkbox"/> 繢保 | <input type="checkbox"/> 繢保 | <input type="checkbox"/> 繢保 |
| 身分證 字號 | | 至 年 月 日止 | <input type="checkbox"/> 退保 | <input type="checkbox"/> 退保 | <input type="checkbox"/> 轉出 |

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。

1. 填寫本申請表辦理相關申請作業時，視同您已同意本校蒐集、處理、利用您的個人資料；本表蒐集之個人資料，僅限於特定目的使用，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本校網站 <http://www.cjcu.edu.tw/pims>
2. 本校個人資料保護連絡方式：臺南市歸仁區長大路1號；電話：06-2785123#1022；信箱：pims@mail.cjcu.edu.tw