

長榮大學計畫助理、臨時人員暨工讀生眷屬加健保申請表

填表日期： 年 月 日

被保險人資料	姓 名			系所班級		本人勞、健保 加保日
	身分證號碼			研究人員 類別	☐ 兼任助理－講師級 ☐ 兼任助理－助教級 ☐ 兼任助理－博士班研究生 ☐ 兼任助理－碩士班研究生 ☐ 兼任助理－大專學生 ☐ 兼任助理－外校人士 ☐ 工讀生 ☐ 臨時人員	勞保： 年 月 日 健保： 年 月 日
	出生年月日			薪資 (新台幣)	☐ 月薪 _____ 元 ☐ 日薪 _____ 元 ☐ 時薪 _____ 元	
	約用期間	起	年 月 日	經費來源	☐ 政府機關補助(若非計畫類型，請自行刪除後，直接填入經費來源) 機關名稱： ☐ 其他單位補助計畫(若非計畫類型，請自行刪除後，直接填入經費來源) 機關名稱：	聯絡電話：
	迄	年 月 日				

◎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，並遵循本校個人資料保護與資訊安全相關規定辦理。完整之個人資料蒐集、處理及利用告知聲明請詳細閱讀。可於本校網站 <https://www.cjcu.edu.tw/pims> 或業務單位辦公室取得最新版本之告知聲明。

◎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與告知聲明。

依附被保險人 投保眷屬資料	姓 名	身分證號碼	關 係	出生年月日	眷屬健保加保日
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日
被保險人身份 聲明及調查	一、本人身體狀況：身心障礙者 ☐ 否 ☐ 是（附身心障礙手冊影本） 二、 ☐ 本人及眷屬之健保自前投保單位辦理轉出，無重複加保。 本人已詳閱簡易說明，且據實填寫上列資料，並知悉受僱長榮大學期間，如有離職或聘僱期限屆滿不再續聘，而未及時通知聘任單位轉入人事室辦理勞、健保退保手續，而在保險期間內如有未繳納之勞、健保保費，本人願負繳清之責任。 ※備齊表件及附件資料： 1.原單位健保轉出表 2.眷屬加保應附戶口名簿影本(若不同戶籍，請各附一份)				被保險人簽名： 日期：__年__月__日
	應注意事項 一、擬聘人員應於到職日辦理勞保加保，如計畫尚未核定，或經費尚未核撥，或雇主負擔經費來源尚未簽准，或無足夠經費足以支應，而須先行進用，仍應先提出辦理勞保加保。 二、擬聘人員若於聘僱期間中途離職、或聘僱期限屆滿不再續聘，應於離職生效日前 10 個工作天前填具「勞、健保退保申請表」通知總窗口轉入人事室辦理勞、健保退保等事宜。 三、擬聘人員如已辦理加保，而經費因故無法核銷，或未依規定辦理進用人員之保險，致發生保險事故而無法申請勞保給付、或衍生勞保局對本校之罰鍰時，或所屬人員離職卻未通知總窗口轉入人事室辦理勞、健保退保，致產生逾期退保之勞、健保保費，或離職時如有未繳納之勞、健保保費，均由計畫主持人或用人單位負繳款之責任。				
本欄由人事室填寫	一、收件日：____年____月____日。 二、加保日：____年____月____日。			人事室 (覆核)	