

僑光科技大學 免扣取補充保險費申請、異動暨聲明書

一、個人基本資料：

姓 名		申 請 日 期	民國 年 月 日
身份證字號 (或居留證號)		所屬單位(一級)	
出生年月日	民國 年 月 日	所屬單位(二級)	
聯絡電話/手機		職 稱	
身 份 類 別	<input type="checkbox"/> 兼任教師(適用初聘或聘期中斷須重新申請) <input type="checkbox"/> 校外人士(含計畫案兼任助理及臨時工)		

二、依據健保法§32，本人符合下述情形，免扣取補充保險費，請貴單位勿扣取補充保險費。

1. 請勾選符合情形並繳交證明文件(詳如後說明並請列印成 **A4** 大小乙份。)
 (本校兼任教師請繳至人事室；若為校外人士請繳至會計室)。
2. 符合得免扣取補充保險費之情形者，應於申請給付前主動告知並提具相關證明文件，始得免扣取；若因故取消免扣取資格者，應於申請給付前主動告知，否因此產生之滯納金或罰鍰將由本人負擔。

請勾選	免扣取對象	免扣費項目	證明文件
<input type="checkbox"/>	不具投保資格	(一)累計逾當月投保金額4倍之獎金 (二)非所屬投保單位給付之薪資所得 (三)執行業務收入	無投保資格者：主動告知後，由扣費義務人向健保局確認。
<input type="checkbox"/>	屬全民健康保險第5類低收入戶保險對象	(三)執行業務收入	所得給付期間社政機關核定有效期限內之低收入戶證明文件。
<input type="checkbox"/>	第2類被保險人	(二)非所屬投保單位給付之薪資所得	所得給付期間職業工會出具的在保證明或繳費證明。
<input type="checkbox"/>	專門職業及技術人員自行執業者或自營作業而在職業工會加保者(以執行業務所得為投保金額)	(三)執行業務收入	所得給付期間： a.以專門職業技術人員身分參加健保者：投保單位出具的在保證明。 b.在工會投保者：職業工會出具的在保證明或繳費證明。

*若有相關問題，可參閱健保局網站(<http://www.nhi.gov.tw>)/二代健保專區，或洽詢人事室或會計室承辦人。
 ◎教職員工(含各計畫案核銷)：請洽會計室陳臻、林紓卉小姐，電話 04-27016855 分機 1622、1625
 ◎兼任教師：請洽人事室王喬宜小姐，電話 04-27016855 分機 1633

三、本人自 年 月 日起不符合免扣取補充保險費之情形，請貴單位依法扣取補充保險費。

本人同意提供此聲明書及證明文件予僑光科技大學，若有任何不實，本人願負相關法律責任。

主動告知人(本人簽名)：_____ (中華民國 年 月 日)

收件編號：
 收件日期： 年 月 日
 收件人：