**臺北城市科技大學 學生兼任助理加、退保異動申請表**

|  |  |
| --- | --- |
| **申請項目** | □加保（自民國 年 月 日加保）□退保（自民國 年 月 日退保）□投保薪資調整（自民國 年 月 日調整投保薪資） |
| **經費來源****（計畫名稱）** | □教育部　　□科技部　　□產學合作案　　□其他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **被保險人資料** | 姓　　名 |  | 身份別（檢附證件） | □一般　□身心障礙　□原住民（身分證／身心障礙手冊／戶口名簿） |
| 身分證字號 |  | 聯絡方式 | 手機：E-mail： |
| 出生日期 |  |
| 任職單位 |  | 任用期間 | 自 年 月 日起至 年 月 日止 |
| 月支酬金 | 　　　　　元整 | □月薪型□日薪型，每日　　　　元整／□時薪型，每小時　　　元整 |
| 勞　　保投保身分 | □部分工時人員（係指工作時間較一般全時工作者有相當程度縮短，受雇主指派定時到工者，整月均屬在職狀態，應申報勞保整月加保）□短期工作人員（指未整月在職，依實際工作聘期起、迄日辦理加、退保） |
| 勞工退休金個人自願提繳率 | □不願提繳□自願提繳，提繳率　　%（得自行選擇提撥1~6%） | 健　保 | □不加保　□加保　加保條件為：1. 每個工作日到工者。
2. 非每個工作日到工者，但每週工作時數滿12（含）小時以上。
 |
| 被保險人簽名：　　　　　　　　　　　　（本人已詳細閱讀注意事項，並同意遵守）日　　　　期： 年 月 日 |
| **計畫主持人（計畫執行單位）簽章**（本人已詳細閱讀注意事項，並同意遵守）日期： 年 月 日 | **計畫業管單位簽章** | **※本加、退保異動申請表請於人員到職、離職日前三天送交人事室辦理。**

|  |
| --- |
|  (收訖章) |

人事室收訖章

|  |
| --- |
|  (收訖章) |

人事室收訖章 |

注意事項：

1. 應檢附之文件：**➀**身分證/身心障礙手冊/戶口名簿影本三擇一**➁**聘僱簽呈或核定後計畫經費文件之影本**➂**符合加健保者，需檢附原單位轉出證明。
2. 月支酬金係指每月薪資，短期工作人員若以日薪或時薪計時，須將其換算成月薪資（日薪＝時薪×8小時，月薪＝日薪×30天）。
3. 本申請表所加保之人員，須經校長核准其聘任或有核定計畫之經費支應，始可進行勞務提供等工作事實，其所產生雇主之勞保、健保、勞工退休金等保險費用，皆由所屬計畫案經費支出。
4. 依勞工保險條例規定，勞工應於到職當日加保，其保險效力自申報加保當日起算。若本申請表送達人事室於人員到職日或離職日後，則以人事室收件日為勞保加、退保日，不得往前追溯。若未依前述規定辦理時，或所屬人員離職卻未通知人事室辦理加退保作業，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，及逾期退保之保險費用（含個人及雇主負擔），均由計畫主持人（計畫執行單位）負繳款之責任。
5. 如有問題，敬請洽詢人事室（校內分機5702），校內傳真：(02)2896-1540。