

財團法人台灣基督長老教會中布中會

勞保、就保、職災保險（含勞退）暨全民健康保險第一、二、三類保險對象申報表

主後 2024 年 1 月 1 日申報

主後 2024 年 1 月份第 1 號表

教會/單位名稱：○○教會

加保（到職日 1 月 1 日） 退保（離職日 月 日） 薪資調整（始調整月份 月）

申報者 打√	被 保 險 人										部分 工時者 請打√	相 關 眷 屬										稱謂 代號 <small>（詳見 說明六）</small>	生效日							
	本 人	眷 屬	姓 名	國民身分證統一編號 <small>（居留證或護照號碼）</small>								出生年月日	實領薪資 <small>（加保填用）</small>	調整前 月薪資總額 <small>（薪調填用）</small>	調整後 月薪資總額 <small>（薪調填用）</small>	姓 名	國民身分證統一編號 <small>（居留證或護照號碼）</small>							出生年月日						
√	√	王小明	T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	80年12月31日	55321			王小月	T	2	2	3	4	3	2	3	4	3	100年5月1日	3	月 日
√		李○○	L	1	2	3	4	5	6	7	8	9	88年8月8日	9800														年 月 日		月 日
	√	魏○○	W	1	2	3	4	5	6	7	8	9	85年5月5日				魏○	W	2	2	2	2	2	2	2	2	2	105年12月10日	3	月 日
													年 月 日														年 月 日		月 日	
													年 月 日														年 月 日		月 日	
													年 月 日														年 月 日		月 日	
													年 月 日														年 月 日		月 日	
													年 月 日														年 月 日		月 日	

以上資料請依國民身分證、戶籍證明文件、居留證或護照號碼所載資料以正楷填寫

申請人名稱：王○○
 申請人手機：0987-654321
 單位地址：南投縣信義鄉○○村○○巷1號
 單位電話：049-2912345



法人填用

受理編號		勞保加保日期		單位圖記 或 印信
人數	名	名	日期	
負責人		經辦人		你們自己知道，我用我這雙手工作，來供給我和同工們的需要。我在各種事上給你們留下榜樣，告訴你們應該這樣勤勞工作來幫助軟弱的人。要記得主耶穌親自說過的話：『施比受更為有福。』 《使徒行傳 20 章 34~35 節》
本法人勞健保業務 諮詢專線：049-2993192				

- 注意事項：
- 本表為勞、就、職、健保暨勞退合一申報表，請詳填妥單位名稱、地址、電話，並蓋上小會議長章及教會公印後，掛號郵寄或派人專送予中會事務所（請註明給法人），若時間緊迫，可先以傳真（049-2995491）傳送，再寄送紙本至本法人（收件地址：54555 南投縣埔里鎮西安路一段 497 巷 11 號），以免造成違法之情形。
 - 正本申請表須經由本法人經辦人蓋章後返還給原申請單位，請貴單位留存建檔，謝謝。
 - 如被保險人參加財團法人台灣基督長老教會中布中會（勞保、健保、勞退）保險，視同遵照投保單位一切規定，經由教會保證，共同承擔違約情形之責任。
 - 申請單位應於牧者職工到職、到訓前申報加保，其勞工保險及就業保險效力自本表送交之當日零時（郵寄之當日以原寄郵局郵戳為憑）起加保生效；全民健康保險效力自合於投保條件之當日零時起生效。
 - 同時申報被保險人及相關眷屬加保、投保時，請分別填寫相關資料於兩列；被保險人已加保，僅申報眷屬單獨投保全民健康保險，亦需填寫被保險人資料。
 - 眷屬稱謂代號請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	p
稱謂	配偶	父母	子女	祖父母	孫子女	外祖父母	外孫子女	曾祖父母	外曾祖父母	受監護人

跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書。

- 被保險人投保薪資、投保金額調整時限：
 (一)所得於當年 2 月至 7 月調整時，應於當年 8 月底前申報調整，自申報的次月 1 日生效。
 (二)所得於當年 8 月至次年 1 月調整時，應於次年 2 月底前申報調整，自申報的次月 1 日生效。
- 被保險人退保時，其眷屬應隨同退保，並於「本人」欄位打√；被保險人仍繼續加保，僅申報眷屬單獨退保時，仍應填寫被保險人資料，並於「眷屬」欄位打√。