主後 2024 年 1 月 1 日申報

主後 2024 年 1 月份第 1 號表

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

教會/單位名稱：○○教會

□加保（到職日____月____日）　□退保（離職日____月____日）　☑薪資調整（始調整月份__1__月）

申報者打∨		被保險人						部分工時者請打∨	相關眷屬				生效日
本人	眷屬	姓名	國民身分證統一編號（居留證或護照號碼）	出生年月日	實領薪資（加保填用）	調整前月薪資總額（薪調填用）	調整後月薪資總額（薪調填用）		姓名	國民身分證統一編號（居留證或護照號碼）	出生年月日	稱謂代號（詳見說明六）	
v		李○○	L123456789	88 年 8 月 8 日		9800	12345				年 月 日		月 日
v		魏○○	W123456789	85 年 5 月 5 日		50000	40000				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
				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

用印

小會議長印章

教會/單位申請人用印

申請人印章

教會印章

用印

諮詢窗口

法人填用			
受理編號			
人數　名	勞保加保 健保受理　日期		
負責人	經辦人	單位圖記或印信	

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：

一、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），以免造成違法之情事。

二、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。

三、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。

四、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；全民健康保險保險效力自合於投保條件之當日零時起生效。

五、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。

六、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。						

七、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。

八、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∨。