

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 年 月 日申報

主後 年 月份第 號表

教會/單位名稱：

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

申報者 打√	被保人										部分 工時者 請打√	相關眷屬									
	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 <small>(詳見說明六)</small>
本 人	眷 屬																				

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：

申請人手機：

單位地址：

單位電話：

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效力自本表送交之當日零時（郵寄之當日以原寄郵局戳章為準）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。
- 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√。

小會議長印章

申請人印章

教會
印章

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。』	

本法人勞健保業務
諮詢專線：049-2993192

《使徒行傳 20 章 34~35 節》