

# 健行科技大學 工讀生 全民健康保險調查表

※敬請詳閱注意事項後再填寫相關資料

被 保 險 人 資 料			
姓 名		身分證字號	
生 日	年 月 日		
聘僱單位		聘僱期間	
全民健康保險加保調查	<input type="checkbox"/> 符合以下情況之一，故申請不投保全民健康保險 <input type="checkbox"/> 全民健康保險已依附於父或母，無須在學校加保。 <input type="checkbox"/> 已有其他主要工作（於他處工作時間較長或所得較高）。 <input type="checkbox"/> 工作期間未達3個月，且未喪失原有之投保資格。 <input type="checkbox"/> 非每個工作日到工，其每週工作時數未滿12小時（不含12小時，每個工作日到工者，無論每日工作時數若干，請依法辦理加保）。  <input type="checkbox"/> 投保全民健康保險		
聲明事項	本人已詳閱本表注意事項，如有不實填寫，以致保險權益受損，願自負一切責任。		
填表人：	(簽章)	日期：	年 月 日

## ※注意事項

- 一、健保：請先至原投保單位辦理轉出事宜，以免重複加保。
- 二、外籍人士請檢附主管機關核准之工作許可證明文件及居留證等影本至人事室辦理。
- 三、本校將於約用期滿日自動辦理退保，如因故中途離職，請務必於離職生效日前通知聘僱單位辦理退保事宜。如未及時通知者，所衍生之保險費，請被保險人至出納組繳費。
- 四、本表由聘僱單位留存備查。