

健行科技大學 工讀生 勞保投保類別

※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	
勞保投保類別	<input type="checkbox"/> 一般生 <input type="checkbox"/> 外籍生 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 身障生_輕度 <input type="checkbox"/> 身障生_中度 <input type="checkbox"/> 身障生_重度 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶		
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

※本表由聘僱單位留存備查。