

銘傳大學「兼任教師」全民健康保險加保申請表

依據教育部 102 年 8 月 7 日臺教人(四)字第 1020106501A 號函

請填妥本表並檢附健保轉出證明影本、身分證影本送人資處辦理

申請人姓名	員工編號	單位	職稱	身分證字號	出生日期

申請人聲明如下(請逐項勾選確認)，申請於銘傳大學辦理健保加保事宜：

1. 本人目前無專職之工作。
2. 本學期聘任期間在本校有投保勞工保險(部份工時)。
(依據勞委會 98 年 5 月 1 日勞保 2 字第 0980140222 號令)
3. 符合下列條件之一：
(依據衛生署 84 年 7 月 4 日衛署健保字第 84031133 號函)
- 非每個工作日均到校，每週工作時數滿(含)十二小時以上者。
- 同時於二個以上單位工作(部分工時)，本校為工作時間較長或工作所得較高之單位。其他工作單位為：_____授課時數：_____
- 僅於本校工作(部分工時)。
(若目前已在職業工會或農漁會加保勞保、農保者，請確認相關權益再行申請加保。)
3. 本次投保為本人自行選擇加保之。
4. 本人願意配合一切加保相關規定，投保期間如有離職或不符加保資格情事，將主動至人資處辦理退保手續，倘未即時辦理，致本校溢繳勞保費及健保費或損害利益，願負擔繳款之責任。

注意事項： (請於開學前二週申請，本校不會自動辦理投保)

- 每學期初請重新申請加保。
- 兼任教師健保僅於授課學期內生效，人資處於學期結束時逕行辦理退保。
(投保期間每學期自實際授課日加保，上學期至 1 月底及下學期至 6 月底退保)
- 健保費於致發之鐘點費中代扣。

※眷屬依附投保(投保期間與被保險人相同)：檢附身分證或戶口名簿影本

1. 姓名	身分證號	出生日期	關係	2. 姓名	身分證號	出生日期	關係

* 此份資料僅用於授課期間辦理健保之用途，本單位將善盡保管之責，妥善保管您的個人資料。

申請人簽名：_____ 年 月 日

人資處核定投保期間：_____年____月____日至_____年____月____日