

## 兼任教師勞、健保(調查)申請表

填表須知：◎繳回本表即可依填表需求投保勞保、健保及提撥勞工退休金。

◎請務必在該學期聘期起始前3個工作日繳回本表，勞保依規定不得追溯加保。

姓名		出生 年月日		身份證 字號	
聘用 處室		職稱		教學 科目	
聯絡 電話		E-mail		<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊(請檢附手冊影本) 種類：                    等級：	
勞 保 及 勞 退	◎依行政院勞工委員會 98 年 5 月 1 日勞保 2 字第 0980140222 號令規定。兼任教師除具軍公教人員保險、私立學校教職員保險等投保身份之外，依規定必須辦理勞工保險。 <input type="checkbox"/> 1. 目前參加公保或軍保，依法不得參加勞工保險。 <input type="checkbox"/> 2. 本人於學校兼課期間擬加入勞工保險，並自願提繳勞工退休金 ____ % (1%~6%)。 <input type="checkbox"/> 3. 本人有數個兼職，且以其他兼職身分加入勞工保險，於本校兼課期間，擬再以兼任教師身分加入勞工保險。 <input type="checkbox"/> 4. 其他原因 _____。(以上三項均未勾選者請務必填寫此項)				
健 保	◎行政院衛生署 84 年 7 月 4 日衛署健保字第 84031133 號函釋規定，非每個工作日到工者，應每週於學校兼課時數達 12 小時，始得申請於學校辦理健保投保事宜。 <input type="checkbox"/> 1. 本人已在其他單位參加健保，不需重複加保；並了解兼職所得達健保局規定金額，皆須就源扣繳 2.11%二代健保補充保費。(依健保局規定：若具有免扣取補充保費資格者，請主動提出相關證明文件，否則一律扣繳補充保費。) <input type="checkbox"/> 2. 每週至學校工作時數滿(含)12 小時以上，擬參加學校健保。				
<b>注意事項：(填表前請詳加閱讀)</b>					
1. 保險有效日：依學期聘用單位填寫之聘期為限，以該學期聘期起始日為加保日，但於該學期聘期起始日後繳交本表，依人事室收到本表該日為加保日，並於聘期結束統一退保。(另有寒暑假或臨時兼課，請於任課前主動至人事室填寫此表憑辦加保，並將本申請表及相關證件備齊送交人事室) 2. 人事室依聘用處室提供之授課時數及授課鐘點費，計算投保薪資辦理加保。 3. 本人於聘期內因故未能繼續授課或有薪資調整等異動時，應提前主動通知人事室，如未即時通知調整，所產生學校或本人溢繳之保費，同意學校自授課鐘點費扣抵，不足之數概由本人全額負擔。 4. 每月個人負擔之保費，將由當月薪資代扣，若無法由當月薪資代扣將另行收費。 5. 本人如未依以上規定配合辦理或資料填寫不實，導致個人權益受損，自願放棄法律追訴權，一切責任願自行承擔絕無異議。					
申請人簽章：				年 月 日	
聘用處室		人事室(收件日： 年 月 日)		校 長	
____學年度第 1 學期 鐘點費：____元 每週授課：____小時 聘期： ____年__月__日 至 ____年__月__日	____學年度第 2 學期 鐘點費：____元 每週授課：____小時 聘期： ____年__月__日 至 ____年__月__日	____學年度投保薪資： 健保： <input type="checkbox"/> 不參加 <input type="checkbox"/> 加保保額： 勞保： <input type="checkbox"/> 不參加 <input type="checkbox"/> 加保保額： 勞退自提： <input type="checkbox"/> 不參加 <input type="checkbox"/> 加保保額：			
承辦人：		承辦人：			
主任：		主任：			

- 一、 勞保每月個人負擔金額參考表：(實際費用依每月勞保局繳費單為準)
- 二、 部分工時勞工保險被保險人之薪資報酬未達基本工資者，其月投保薪資最低 11,100 元(11,100 元以下者)

月投保薪資	個人負擔金額
11100	266
12540	301
13500	324
15840	380
16500	396
17280	415
17880	429
19047	457
20008	480
21009	504
22000	528
23100	554
24000	576
25250	607
28800	692
30300	728
31800	764
33300	800
34800	836
36300	872
38200	916
40100	962
42000	1,008
43900	1,054
45800	1,100