

**<機關名稱>**  
**支出機關分攤表**  
 年 月 日

欲請保費之月份

填表日期

單位：新臺幣元

所屬年度月份：	年度	月份	總金額：	
分攤機關名稱	分攤基準		分攤金額	
<b>&lt;學校名稱&gt;</b>			步驟 3 步驟 1 金額減步驟 2 金額，剩餘即學校分攤金額	
苗栗縣政府	自付勞健保費		步驟 2 依保費明細分別填寫安心上工計畫進用人員自付及單位負擔金額	
苗栗縣政府	單位負擔勞健保費			
計			步驟 1 填學校保費帳單總金額	

紅字處及有底色處請務必填報，餘勿更動

所有核章欄位請務必核章

承辦單位人員

承辦單位主管人員

機關長官或其授權代簽人

附註：

1. 本表由承辦單位人員依據相關支出機關分攤支付款項填列。
2. 機關在不牴觸本要點規定前提下，得依其業務特性及實際需要，酌予調整本表格式使用。