

竹南鎮公所勞健保加退保暨異動申請書

申請人姓名：_____ 身份證字號：_____ 聯絡電話：_____

課室：_____ 特殊身分：無 中低收入戶 身心障礙 其他

職稱（請勾選）：清潔隊員 工友 技工 約聘僱人員 臨時人員

【一、到職投保 離職退保】

投保/退保日期 ※ 退保者，請填寫 在職最後一日之日期	姓名	身份證字號	出生日期	薪資(實際)
			年 月 日	

【二、眷屬加(退)保】

員工本人投保薪資(實際)						
序	加/退保	眷屬姓名	身分證字號	出生日期	關係	加/退保日期
1	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			年 月 日		年 月 日
2	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			年 月 日		年 月 日
3	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			年 月 日		年 月 日
4	<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保			年 月 日		年 月 日

申請人簽章：_____

1. 投保人請檢附身份證(正反面)影本。
2. 眷屬加保者請檢附：身份證(正反面)影本或戶口名簿影本。
3. 眷屬年滿20歲以上仍在學加保者，請另檢附學生證(正反面)影本。 (文件請浮貼於下方)

證 件 黏 貼 處

※ 此單請務必於申請日前擲回行政室，以免延誤加退保作業。

※ 此單攸關個人權益，請申請人務必確實申報填寫，如未按實際申報而影響自身權益或受損者，後果自行負責。