**花蓮縣吉安鄉吉安國民小學**

**勞保、健保、勞退金 加退保作業流程圖**



**附件1：花蓮縣吉安鄉吉安國民小學勞保、勞退金及健保 加保 申請表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人姓名 |  | 性別 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 身分證字號或外籍人士居留證號 |  | 電話 |  |
| 身分別註記 | □ 持有身心障礙手冊(請檢附手冊影本)□ 與本國籍人士結婚之外國人(請檢附戶籍資料影本)□ 持有永久居留證之外國人 |
| 職稱 |  | E-mail |  |
| **申請項目** | **□勞保**與**勞退金** | **加保日期： 年 月 日**  |
| **□健保** | **轉入日期： 年 月 日** | 1.每週工作時數未滿12小時者，本校不為其辦理健保加保2.短期工作不超過3個月者，得選擇不在本校加健保 |
| **自提勞退****□不願提繳 □自願提繳 %** (僅限1%～6%)適用者如未填寫，將僅提繳雇主部分，不提繳自提。不適用者無須填寫。 | 1.雇主固定提繳6%，此處僅填寫個人自願提繳部分2.適用對象：本國人、與本國人結婚或持有永久居留證之外籍人士 |

\*\*\*\*\* 以上為申請人(被保險人)填寫 \*\*\*\*\* 以下為用人單位填寫 \*\*\*\*\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **用人單位** |  | **科目代號** |  |
| 每月平均薪資 | □按月薪計支，共計 元□按每節鐘點費計支，共計 元□按時薪計支，共計 元 | **加保期間**(聘僱期間) | 開始日： 年 月 日結束日： 年 月 日 |
| **勞保、勞退金****投保方式** | **□月投保** **□日投保（**每週固定加保□週一□週二□週三□週四□週五□週六□週日） |

說明事項：

一、勞保、勞退、健保加保案件**受理時間為「加保前一日下午5時前」。**

二、應檢附文件：

1.身分證影本(本國人)；居留證影本及工作許可函影本(外籍人士)；入出境許可證影本(大陸人士僅能參加健保)。

2.**健保不得重複加保，欲在本校參加健保，請務必於原加保單位完成健保轉出**。

3.如眷屬隨同本人轉入健保，請檢附相關身分證明文件影本。

三、為確保被保險人權益，**請於到職日（加保日）前填送總務處勞健保承辦人辦理加保事宜**。

(依規定，勞保不得追溯加保) 。未依規定辦理致影響個人權益，概由用人單位及被保險人自行負擔。

申請人簽章： 收件日期、時間：

用人單位承辦人： 勞健保業務承辦人：

用人單位主管： 勞健保業務單位主管：

**附件2：花蓮縣吉安鄉吉安國民小學勞保、勞退金及健保 退保 申請表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請人姓名 |  | 聯絡電話 |  |
| 身分證字號或外籍人士居留證號 |  | 出生日期 |  |
| 申請項目 | □勞保與勞退金 | **在職最後1日****退保日期： 年 月 日** |
| □健保 | **在職最後1日****退保日期： 年 月 日** |

說明事項：

1. 勞保、勞退、健保退保案件**受理時間為「退保前一日下午5時前」。**
2. 各單位所聘僱人員因故於「原加保申請表所填結束日」提前離職，請務必於離職日前填妥退保申請表交勞健保承辦人，以辦理退保手續，如因延誤退保而衍生各項保費（含公付、自付）須由用人單位、被保險人自行負擔。
3. 健保加保之眷屬隨同被保險人於離職日一併退保。

申請人簽章： 收件日期、時間：

用人單位承辦人： 勞健保業務承辦人：

用人單位主管： 勞健保業務單位主管：

**附件3：**

**花蓮縣吉安鄉吉安國民小學員工眷屬健保 □加保 □退保申請表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 員工姓名 | 身分證字號或外籍人士居留證號 | 出生日期 | 用人單位 | 職稱 | 薪資(月) |
|  |  |  |  |  |  |
| 眷屬相關資料 |
| 眷屬姓名 | 身分證字號或外籍人士居留證號 | 出生日期 | 稱謂 | 轉入(出)日期 | 備註 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

說明事項：

1. 加保、退保案件**受理時間為「加退保前一日下午5時前」。**
2. 上列加保之眷屬均須檢附戶口名簿影本。若眷屬為大陸或外籍人士，請檢附該名眷屬在台居留滿六個月以上之居留證或旅行證影本。
3. 年滿二十歲以上之子女辦理眷屬轉入者，應檢附在學證明文件（如學生證影本等）。
4. 新生兒以出生日期為加保日期。
5. 依據全民健康保險法施行細則第21條規定「應屆畢業學生自當學年度終了之日起一年內，得以眷屬身分參加本保險。」應屆畢業學生畢業後，如仍待業中，可以眷屬身分繼續投保；若畢業超過一年仍無職業時，不能再以眷屬身分加保健保。
6. 健保不得重複加保，上列加保之眷屬，除新生兒外，請務必於原加保單位完成轉出手續，以免重複加保。

申請人簽章： 收件日期、時間：

用人單位承辦人： 勞健保業務承辦人：

用人單位主管： 勞健保業務單位主管：

**附件4：花蓮縣吉安鄉吉安國民小學****短期代課教師勞保、勞退金加退保申請表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人姓名 |  | 性別 |  | 出生日期 |  年 月 日 |
| 身分證字號或外籍人士居留證號 |  | 電話 |  |
| 身分別註記 | □ 持有身心障礙手冊(請檢附手冊影本)□ 與本國籍人士結婚之外國人(請檢附戶籍資料影本)□ 持有永久居留證之外國人 |
| 職稱 | *短期代課教師* | E-mail |  |
| 用人單位 | *教務處教學組* | 科目代號 |  |
| 代課日期(起)**加保日** | 代課日期(迄)**退保日** | 鐘點費(元) | 收件日期時間(勞健保承辦人填寫) | 備註 |
|  年 月 日 星期 |  年 月 日 星期 |  |  |  |
|  年 月 日 星期 |  年 月 日 星期 |  |  |  |
|  年 月 日 星期 |  年 月 日 星期 |  |  |  |
|  年 月 日 星期 |  年 月 日 星期 |  |  |  |
|  年 月 日 星期 |  年 月 日 星期 |  |  |  |
|  年 月 日 星期 |  年 月 日 星期 |  |  |  |
|  年 月 日 星期 |  年 月 日 星期 |  |  |  |

說明事項：

1. 本申請表受理時間為**「代課前一日下午5時前」**，如因故未及，請於**「代課當日上午9時前」**送交申請表。
2. 為確保被保險人權益，請於前述時間內送總務處勞健保承辦人辦理加保事宜（依規定，勞保不得追溯加保）。如未依規定辦理致影響個人權益，概由用人單位及被保險人自行負擔。

申請人簽章：

用人單位承辦人： 勞健保業務承辦人：

用人單位主管： 勞健保業務單位主管：