**中臺科技大學兼任教師參加全民健康保險資料表**

**※本調查表請於開學日前寄回：台中市北屯區廍子里廍子路666號 中臺科技大學人力資源處**

※依據102年11月14日立法院第8屆第4會期社會福利及衛生環境委員會第18次全體委員會議決議，大專院校之兼任教師自103年2月1日起，依全民健康保險法（以下簡稱健保法）第10條第1項第1款規定：「被保險人區分為下列六類：一、第一類：（一）政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。（二）公、民營事業、機構之受僱者。（三）前二目被保險人以外有一定雇主之受僱者。…。」及同法第15條第1項第1款規定：「各類被保險人之投保單位如下：第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位…。」。

　 填表日期：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | | | 本校兼任教師代號 | | | | |  | | |
| 是否在其他機關、學校專任  及參加**全民健康**  **保險**情形 | **□是**，任職機關、學校名稱：  **------(勾選「是」者，以下各欄位資料免填)------**  **□否**(未受聘任何專職單位者)  **在本校兼課之薪資所得是否為您各薪資所得中最高者?**  **□是** (在本校參加健保)  **□否 (勾「否」以下各欄免填。**無法在本校加保，應於所得最高單位辦理加保**)** | | | | | | | | | | |
| 身分證字號 |  | | 出生日期 | | |  | | e-mail | |  | |
| 聘任系所 |  | | 手機 | | |  | | 電話 | |  | |
| **眷 屬** 參 加 健 保 請 續 填 | | | | | | | | | | | |
| 眷屬**身分別**代號 | **Ａ配偶 Ｂ子女 Ｃ父母** | | | | | | | | | | |
| 眷屬姓名 | 身分別  1.  2.  3.  4. | 1.  2.  3  4. | | | 身分證字號 | | 1.  2.  3  4. | | | 出生日期 | 1.  2.  3  4. |
| 辦理加保  應檢附資料 | □課表 □身分證影本 □眷屬身分證(或戶口名簿)影本  **(應檢附資料未齊全者，歉難受理)** | | | | | | | | | | |
| 參加  全民健康保險  注意事項說明  **(請詳閱)** | 一、加保時間之計算以學期計。  二、**學期結束即逕行辦理退保，**如續聘本校兼任教師，應於次學期重行填寫本申請表。  三、有下列情形者，請填「異動情形」通知辦理退保：  1.當學期所授課程未開成(即授課總時數為零)。  2.投保期間如有專職工作或其他兼職工作更符合投保要件者，請轉由該單位投保。  四、健保費於鐘點費中一次扣收。 | | | | | | | | | | |
| **異動情形** | 請敘明異動發生起始日、原因等 | | | | | | | | | | |

●上述填報事項若有不實，本人願負一切法律責任。

●事關教師本人權益，請儘速填妥後送出。

**申請人簽名：**