

大同大學約聘人員保險聲明書

單 位	姓 名	身分證字號	出生日期
聘任經費來源			
聘 期			

*健康保險：除本人加保外，另有眷屬_____位隨同加入，請加填大同大學全民健康保險資料異動申請表（可於人事室網頁中表格下載並請檢附原投保單位轉出證明及戶籍證明）。

*勞工退休金-自提：除了本校提繳6%外，願意自_____年_____月起自行提繳_____%（0%~6%）。

*變更勞工退休金-自提：自_____年_____月起，變更自行提繳_____%（0%~6%）。

聲明人：_____

日 期：_____年_____月_____日

備註：

- 一、本聲明書未送達人事室前，人事室得依法自實際到職日起逕行辦理勞健保加保手續，所產生之費用由被保險人負擔。
- 二、依勞工保險條例第六條第四款規定，年滿十五歲以上，六十歲以下，且依法不得參加公務人員保險或私立學校教職員保險之政府機關及公、私立學校之員工，應為強制加保對象。
- 三、依行政院勞委會八十一年八月八日臺八十一勞保二字第二四七四五號函示；「.....勞工如從事兩種不同行業之工作，且其工作單位均屬強制投保單位，應由其選擇工作時間較長或工作所得較高或職業災害危險性較大之單位辦理參加勞工保險。」