



財團法人基督教台灣信義會

勞健保異動申請表

險種：勞、健保 勞保 健保 團保(A案 B案)

退休提撥：勞退 6% (提勞保局)， 8.3% (除提 6%外，另提 2.3% 富邦中信)

勞退自提 _____% (此提撥至勞保局，由堂會為同工每月薪資代扣，離/退職當日通知總會退保，如未通知，後續產生之費用由堂會負擔)

異動事項：加保(轉入) 退保(轉出) 停保 復保
勞退提繳 勞退停繳 其他：_____

加/退保日期：____/____/____

異動事由：_____

被保險人(員工)姓名：_____，性別：____，身分證字號：_____

生日：____/____/____，服務單位：_____，職稱：_____

薪資：_____ (本薪_____ 伙食_____ 固定津貼_____)

眷屬異動：

1. 眷屬姓名：_____，性別：____，身分證字號：_____，

生日：____/____/____，與被保險人關係：_____

2. 眷屬姓名：_____，性別：____，身分證字號：_____，

生日：____/____/____，與被保險人關係：_____

3. 眷屬姓名：_____，性別：____，身分證字號：_____，

生日：____/____/____，與被保險人關係：_____

4. 眷屬姓名：_____，性別：____，身分證字號：_____，

生日：____/____/____，與被保險人關係：_____

附件：有，_____

無。

申請單位：_____

申請單位蓋章：_____

承辦人簽名：_____

填表日期：____/____/____