

○○勞動合作社勞務買受人非投保單位之代收轉付報酬表－供衛生福利部中央健康保險署查核

年 月 日

新臺幣:元

勞務案名稱	社員姓名	社員身分證字號	轉付勞務報酬	代收轉付收據 憑證編號	備註
合計					

合作社蓋章：(請蓋用載有合作社名稱、統一編號及地址之印章)

註：

1. 本表依財政部108年3月7日台財稅字第10804507530號令規定編製並於申報補充保險費時將此表送健保署查核。
2. 勞動合作社符合財政部108年3月7日台財稅字第10804507530號令規定勞務報酬採代收轉付，且其勞務買受人非為投保單位者，請將本表與合作社營利事業所得稅申報書一併送健保署查核，作為免計算雇主補充保險費之依據。
3. 本表經行政院108年12月27日社會創新第7次聯繫會議決議通過。