

全民健康保險非所屬投保單位給付之薪資所得扣繳補充保險費明細申報書

扣費單位統一編號：		筆數總計	給付金額總計	扣繳補充保險費 總計
扣費單位名稱：				
扣費義務人：				
聯絡電話：				
聯絡電子郵件信箱帳號：				
投保單位代號：	(無成立投保單位者免填)			

A 序號	B 給付日期 (如1030101)	C 所得人身分證 號	D 所得人姓名	E 單次所得給付金額	F 單次扣繳補充 保險費金額	G 特殊註記
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
小計						

備註：

1. 資料註記：若屬產創條例者，註記請填【I】。

扣費單位蓋章：

扣費義務人簽章：

聯絡人簽章：

中華民國 年 月 日