

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更正申報書

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

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 原申報編號 (詳備註)	F 單次所得給付金額	G 單次扣繳補充 保險費金額	H 資料註記
1	更正前						
	更正後						
2	更正前						
	更正後						
3	更正前						
	更正後						
4	更正前						
	更正後						
5	更正前						
	更正後						
6	更正前						
	更正後						
7	更正前						
	更正後						
8	更正前						
	更正後						
9	更正前						
	更正後						
10	更正前						
	更正後						
小 計				更 正 前			
				更 正 後			

備註：

- 倘申報時未編列申報編號，則更正申報時免填列
- 資料註記：若屬產創條例者，註記請填【I】。

申報單位蓋章：

扣費義務人簽章：

聯絡人簽章：

中 華 民 國 年 月 日