

舊負責人轉為員工調降投保金額聲明書

102.06.25 修訂

本單位於 年 月 日(證照日期)變更負責人,舊負責人_____ (身分證字號:)已轉為員工,平均月投保薪資為_____元。

(申報之投保金額不得低於其適用勞工退休金月提繳工資分級表之月提繳工資及勞工保險之投保薪資)

如有申報不實,願依全民健康保險法第 20 條規定逕予調整,及依第 89 條罰則處以短繳保險費金額 2 倍至 4 倍之罰鍰,絕無異議。嗣後所得額如高於上開聲明之投保金額,願即填寫投保金額調整申報表調整投保金額。

此 致

衛生福利部中央健康保險署

單位圖記

投保單位代號:

投保單位名稱:

投保單位電話:

營利事業統一編號:

營利事業登記證核發日期: 年 月 日



負責人章



中 華 民 國 年 月 日

衛生福利部中央健康保險署中區業務組

服務電話:(04) 22583988

傳真:(04) 22531170、22548002、22531162、22540417

網址: <http://www.nhi.gov.tw>