

一站式線上申請作業網站全民健康保險 投保單位負責人申報調降投保金額聲明書

(請依貴單位實際情況填寫，並勾選一項適當說明以申報負責人投保金額)

本單位係新設立之單位，因尚無營利事業所得稅核定通知書，亦無各類課稅所得證明，且符合以下勾選項目之情形，先行切結申報健保投保金額為 _____元：

單位僱用員工滿五人(含五人)之事業負責人(105年5月1日起投保金額最低不得低於**45,800**元及所屬員工申報之最高投保金額，且不得低於其適用勞工退休金月提繳工資)。

單位僱用員工未滿五人之事業負責人(投保金額最低不得低於**34,800**元及所屬員工申報之最高投保金額，且不得低於其適用勞工保險之投保薪資及勞工退休金月提繳工資)。

以上聲明如有申報不實，同意由貴署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。

此致

衛生福利部中央健康保險署(_____業務組)

單位圖記

投保單位代號：

投保單位名稱：

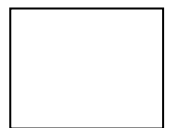
營利事業統一編號：

負責人姓名及身分證字號：

單位聯絡電話：



負責人私章



中華民國 年 月 日申報

1050419 修訂版