表號：承表 D ☐ E ☐ G ☐ H ☐

保險證號 (8 位數字+1 位英文檢查碼)	0	1	0	0	0	0	0	0	A
全民健保投保單位代號	9	9	8	8	7	7	6	6	6
單位統一編號或非營利扣繳編號	00000000								

勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險加保申報表
全民健康保險第一、二、三類保險對象投保申報表
〈※勞工退休金提繳申報表〉

勞保局、健保署收件章	健保署分區業務組	臺北業務組
	民國 115 年 1 月 15 日申報	
	民國 115 年 1 月份第 001 號表	

申報加保者打V 本人	申報加保者打V 眷屬	主自願加保請打V (詳見說明七)	被保險人 姓名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日	月薪資總額 健保投保金額 (詳見說明八、九)	部分工時者請打V	相關眷屬 姓名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)	出生年月日	稱謂代號 (詳見說明十一)	投保單位填寫 合於健保投保條件 (詳見說明十二、十三、十四) 原因	投保單位填寫 合於健保投保條件 (詳見說明十二、十三、十四) 日期	健保署核定生效日期
V		V	王小明	T123456789	80 年 12 月 31 日	55321				年 月 日		到職	115.1.15	
V			李大人	W123456789	82 年 8 月 8 日	9800	V			年 月 日		到職	115.1.15	
	V		李大人	W123456789	82 年 8 月 8 日			李○○	W222222222	110 年 2 月 10 日	3	依附投保	115.1.15	
	V		李大人	W123456789	82 年 8 月 8 日			李○○	W233333333	112 年 12 月 1 日	3	依附投保	115.1.15	
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				
					年 月 日					年 月 日				

以上資料請依國民身分證、戶籍證明文件、居留證或護照號碼所載資料以正楷填寫

單位名稱：○○有限公司

單位地址：台北市中正區○○路○段○號○樓

單位電話：02-0000-0000

王小明印
負責人印章

用印
經辦人印章

用印 單位 印章

填表範例

注意事項：

一、本表為勞、就、災、健保暨勞退合一加保申報表，請填寫一式 2 份(均為正本)一併寄送健保署（臺北業務組轄區則請寄勞保局），每份均需加蓋單位及負責人、經辦人印章，並詳填單位名稱、地址、電話。（惟如整份表僅申報參加健保或僅申報參加勞、就、災保，請勿使用本表，並請參閱背面填表說明二）。

二、投保單位應於勞工到職、入會、到訓當日申報加保，其勞工保險及就業保險保險效力自本表送交之當日零時（郵寄之當日以原寄郵局郵戳為憑）起加保生效，但投保單位非於勞工到職、入會、到訓之當日申報加保者，其保險效力自申報之翌日起算。其勞工職業災害保險保險效力依勞工職業災害保險及保護法第 13 條規定辦理。

三、**首次參加健保者（如新生嬰兒、新聘外籍勞工），請同時填「請領健保卡申請表」，申請健保卡。**

四、取得永久居留之外國專業人才、外國特定專業人才及外國高級專業人才為就業保險法之適用對象，請於表上註明「永居外專」，並檢附居留證影本及工作證明或聲明書。

五、**適用勞動基準法單位之勞工(含本國籍、外籍配偶、陸港澳地區配偶、取得永久居留之外籍人士、未取得永久居留之外國專業人才及外國特定專業人才)，本表並為勞工退休金提繳申報表(取得永久居留之外籍人士，請註明身分，並檢附居留證影本；外國專業人才及外國特定專業人才，亦請註明身分，並檢附居留證影本、專業工作證明，例如聘僱許可函影本、就業金卡影本，持個人工作許可證者，由單位出具其工作項目書面說明)，勞保局將以本表投遞日期依貴單位勞工退休金雇主提繳率及所填月薪資總額，依「勞工退休金月提繳分級表」規定之月提繳工資，計收勞工退休金。**

六、有下列情形之一者，請另填具「勞工退休金提繳申報表」寄送勞保局辦理勞工退休金提繳手續：
(一)勞工退休金開始提繳日期與本表投遞日期不同。(二)新到職個別勞工之雇主提繳率不同者。(三)勞工個人自願另行提繳勞工退休金。
(四)特定工作者適用勞動基準法之單位(如公務機構、公立單位及公、私立學校)申報勞工提繳勞工退休金。

七、表列人員如屬不適用勞動基準法之勞工或受委任工作者，務請於表上註明身分。如雇主自願為其提繳或其欲個人自願提繳者，請另填具「勞工退休金提繳申報表」寄送勞保局辦理。實際從事勞動之雇主個人自願提繳者，亦同。至具有公法救助關係之人員(如以工代賑之臨時工)，並非勞工退休金條例及就業保險法之適用對象，又公司董事、委任經理人、合夥人亦非就業保險法之適用對象，均亦請於表上註明身分。

八、倘已向戶政機關或內政部移民署申請個人基本資料變更者，健保署於受理並完成變更保險對象基本資料時，將註銷原使用之健保卡。請保險對象另填「全民健康保險保險對象變更事項申請表」及「請領健保卡申請表」，並繳交工本費二〇〇元，申請換發新健保卡。

勞保局、健保署填用			
受理號碼			
人數	名	勞保加保 健保受理 日期	
受理人員		資料鍵錄	資料校對

115.01

填表說明：

一、本表供勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險投保單位於所屬勞工到職、入會、到訓當日向勞保局申報加保之用及全民健康保險第一類第二目至第五目被保險人及政府機關、公私立學校參加勞工保險人員、第二類被保險人、第三類第二目被保險人及其眷屬向健保署申報投保時填用，由投保單位填寫一式2份一併按投保單位所在地依右列地址寄送健保署（臺北業務組轄區請寄勞保局），並影印1份留存備查。

二、由於勞保、就保、災保及健保所依據之法令不同，如整份表上只列報眷屬參加健保資料，或只是健保被保險人投保者，請填用健保專用投保申報表逕寄健保署，如只是勞保、就保及災保被保險人加保者，請填用勞保、就保及災保專用加保申報表逕寄勞保局。

三、同時申報被保險人及相關眷屬加保、投保時，請分別填寫相關資料於兩列；被保險人已加保，僅申報眷屬單獨投保全民健康保險，亦需填寫被保險人資料。

四、請加蓋投保單位印章及負責人、經辦人印章。

五、本表請以掛號郵寄（請將掛號執據貼於存底聯保存）或派人專送，否則如有遺失，無從查考。

六、保險效力：

（一）勞工保險、就業保險及勞工職業災害保險：

投保單位應於勞工到職、入會、到訓當日申報加保，**其勞工保險及就業保險之保險效力自本表送交之當日零時（郵寄之當日以原寄郵局郵戳為憑）起加保生效，但投保單位非於勞工到職、入會、到訓之當日申報加保者，其保險效力自申報之翌日起算。又勞工職業災害保險之保險效力依勞工職業災害保險及保護法第13條規定辦理。**

（二）全民健康保險：

全民健康保險保險效力自合於投保條件之當日零時起生效。

七、因雇主非屬勞工保險條例及勞工職業災害保險及保護法之強制投保對象，故投保單位同時申報雇主加保者請在「雇主自願加保請打 v 」欄打v，**如未打 v 者，視同不願加保，又申報負責人加保未檢附相關所得資料者，其投保薪資應按「勞工保險投保薪資分級表」及「勞工職業災害保險投保薪資分級表」最高一級申報，申報非為最高一級者，將逕以最高一級之投保薪資加保。申報加保同時舉證所得資料者，其勞工保險之投保薪資最低不得低於所屬員工申報之最高投保薪資適用之等級。**

八、月薪資總額(勞工保險、就業保險及勞工職業災害保險)：

（一）勞保局將依所填月薪資總額，依「勞工保險投保薪資分級表」及「勞工職業災害保險投保薪資分級表」之規定自動歸級正確之投保薪資。

（二）部分工時勞工月薪資總額未達最低工資者，請在「部分工時者請打v」欄打v(**勞工職業災害保險無部分工時投保薪資等級**)。

九、健保投保金額：

（一）全民健康保險無部分工時投保薪資等級，請按「全民健康保險投保金額分級表」申報。

（二）全民健康保險被保險人之薪資較「勞工保險投保薪資分級表」或「勞工職業災害保險投保薪資分級表」最高級為高者，仍應按「全民健康保險投保金額分級表」申報。

（三）全民健康保險之投保金額不得低於勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險之投保薪資及勞工退休金之月提繳工資。

十、「表號」為全民健康保險專用欄位，請依下列說明勾選其中一項（請打∨）：

D 第一類第二目至第五目及政府機關、公私立學校參加勞保人員及其眷屬的投保單位、E 專門職業及技術人員自行執業者之被保險人及其眷屬的投保單位、G 第二類被保險人及其眷屬的投保單位、H 第三類（農保除外）被保險人及其眷屬的投保單位。

十一、眷屬稱謂代號請依下列規定填寫：

代號	1	2	3	4	5	6	7	8	9	p
稱謂	配偶	父母	子女	祖父母	孫子女	外祖父母	外孫子女	曾祖父母	外曾祖父母	受監護人
				跨親等投保，請另檢附相關證明文件或聲明書。						

十二、「合於健保投保條件」及「原因」欄請詳列，如喪失被保險人身分、新生嬰兒、結婚、收養、改變身分投保、更換所依附之被保險人等。

十三、成年2親等內直系血親卑親屬，合於健保投保條件僅限下列原因，請依所列英文符號填寫：

符號	原因
S	在學就讀且無職業
P	受監護宣告尚未撤銷
A	領有社政主管機關核發之身心障礙證明且不能自謀生活
H	罹患符合本法所稱重大傷病且無職業
G	應屆畢業自當學年度終了之日起1年內且無職業或服兵役退伍自退伍起1年內且無職業

十四、合於健保投保條件原因為健保開辦前出國者請於「原因」欄內填寫代號：R。

寄件者

1	1	0	—	2	3	2

單位地址：臺北市中正區○○路○段○號○樓

單位名稱：○○有限公司

單位電話：02-0000-0000

保險證號：01000000A

健保投保單位代號：998877666

請貼足郵資
掛號郵寄

收件人 （郵寄單位及地址請依貴單位所在地打∨）

V	100232	勞動部勞工保險局 地址：臺北市中正區羅斯福路一段4號 投保單位所在地：臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金馬地區
	320216	衛生福利部中央健康保險署北區業務組 地址：桃園市中壢區中山東路三段525號 投保單位所在地：桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣
	407666	衛生福利部中央健康保險署中區業務組 地址：臺中市西屯區市政北一路66號 投保單位所在地：臺中市、南投縣、彰化縣
	700203	衛生福利部中央健康保險署南區業務組 地址：臺南市中西區公園路96號 投保單位所在地：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市
	801206	衛生福利部中央健康保險署高屏業務組 地址：高雄市前金區中正四路259號 投保單位所在地：高雄市、屏東縣、澎湖縣
	970009	衛生福利部中央健康保險署東區業務組 地址：花蓮縣花蓮市軒轅路36號 投保單位所在地：花蓮縣、臺東縣