|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本 人 姓 名 | |  | | | 身分證字號 | | |  |
| 出生年月日 | |  | | | 到 職 日 期 | | |  |
| 本人團保 受益人 | | 法定受益人 | | | | | | |
| 為利投保事宜，請勾選是否適用右列身分(不屬此五種身份，可跳過此欄位) | | □已於他處投保勞/健保(例如：職業工會)  □已領取勞保老年給付 □具原住民身分 □領有身障手冊  □其他 | | | | | | |
| **健**  **保** | 眷 屬 加 保 健 保 | | | □是 / □否 | | | | |
| 姓 名 | | 身分證字號 | 出生年月日 | | 關係 | 加 保 原 因 | |
|  | |  |  | |  | □依附 / □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | |  |  | |  | □依附 / □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | |  |  | |  | □依附 / □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | |  |  | |  | □依附 / □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | |  |  | |  | □依附 / □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **團**  **保** | 眷 屬 加 保 團 保 | | | □是 / □是，資料同上 / □否 | | | | |
| 姓 名 | | 身分證字號 | 出生年月日 | | 關係 | 受 益 人 | |
|  | |  |  | |  | 法定受益人 | |
|  | |  |  | |  | 法定受益人 | |
|  | |  |  | |  | 法定受益人 | |
|  | |  |  | |  | 法定受益人 | |
|  | |  |  | |  | 法定受益人 | |
| **勞**  **退**  **金** | □不需另行提撥退休金  □每月自願另行提撥 \_\_\_\_ % 退休金 | | | | | | | |