

本表請填一式二份一併寄送，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。

表號：表 S

勞工保險證號：		
全民健保投保單位代號		
<small>營利事業統一編號： 或非營利組織編號：</small>		

勞工保險投保薪資調整表

全民健康保險投保金額調整表

被保險人姓名	國 民 身 分 證 統 一 編 號 (居留證或護照號碼)						勞保投保薪資(元)		健保投保金額(元)		備 註
							調整前		調整前		
	出 生 年 月 日 (民前出生者請加「 - 」)										
		年		月		日	調整後		調整後		
被保險人姓名							調整前		調整前		
	出 生 年 月 日 (民前出生者請加「 - 」)										
		年		月		日	調整後		調整後		
被保險人姓名							調整前		調整前		
	出 生 年 月 日 (民前出生者請加「 - 」)										
		年		月		日	調整後		調整後		
被保險人姓名							調整前		調整前		
	出 生 年 月 日 (民前出生者請加「 - 」)										
		年		月		日	調整後		調整後		
被保險人姓名							調整前		調整前		
	出 生 年 月 日 (民前出生者請加「 - 」)										
		年		月		日	調整後		調整後		
被保險人姓名							調整前		調整前		
	出 生 年 月 日 (民前出生者請加「 - 」)										
		年		月		日	調整後		調整後		
被保險人姓名							調整前		調整前		
	出 生 年 月 日 (民前出生者請加「 - 」)										
		年		月		日	調整後		調整後		

為確保保險對象權益請以正楷書寫於實格內例如： 6
影印使用請勿放大、縮小
影印後不可扭曲、黃色線必須消失成空白

健保局、勞保局收件章		健保局轄區分局		分局		
		民國 年 月 日申報				
		民國 年 月份第 號表				
投保單位名稱：						
地址：						
電話：						
<div></div> (請投保單位影印一份自行存查) (二頁以上務請註明頁次) 單位印信						
負責人 <div></div> 經辦人 <div></div>						
健保局 勞保局 填用	受 理 號 碼					
	人 數	名	勞保投遞 健保生效 日期	年	月	日
受理			資料 登錄		資料 校對	