財團法人台灣醫界聯盟基金會

Foundation of Medical Professionals Alliance in Taiwan

支領證明單

*Receipt*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 活動名稱  Title of Activity | | 鏈結全球、啟動合作：台灣再生醫療邁向國際市場的策略與契機 | | | 日期  Date | | 2025-10-16 | |
| 支領者姓名  Name | | **坂東 博人 執行長** | | 項目  Item | 講師費 | | | |
| 支領金額(含稅/tax included)  TWD$ | | |  | 實發總金額(Reciprocal amount)  TWD$ | | | |  |
| 代扣項目(Withhold and Remit tax)  □所得稅(Withholding taxes) 支領人簽名  □補充保險費(Supplementary premium) TWD$ 0 Signature | | | | | | | | |
| 電話  TEL |  | | | 身分證(護照)號碼  I.D. No. (Passport) | |  | | |
| 地址  Address |  | | | | | | | |

1.每次應扣**稅額**不超過新臺幣2,000元者，免予扣繳。

2.每次給付**出席費**未達新臺幣22,000元者或**稿費**未達新臺幣20,000元，免予扣繳健保補充保險費。

3.支領人同意本領據個人資料供本機關內部建檔管理、申報所得稅額及扣繳補充保險費之用。

4.非居住者**稿費**每次**給付金額**不超過新台幣 5,000 元者，免予扣繳。

5.非居住者**講師費**及**出席費**每次**給付金額**未達新台幣 33,000 元者，須扣繳6%所得稅。