

# 職業災害保險加保申報表

## 〈※勞工退休金提繳申報表〉

勞工保險證號 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 5 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 (8位數字+1位英文檢查碼)

投保單位名稱：桃園市議員陳○○

| 請  | 依 照 國 民 身 分 證 記 載 填 寫 |           |   |   | 勞保月投保薪資(元)<br>(勞退月提繳工資) | 請✓選已領取社會保險給付之種類 |                             | 備 註<br>(部分工時者請於備註欄註明) |                                     |        |  |                                     |  |
|----|-----------------------|-----------|---|---|-------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------------------------|--------|--|-------------------------------------|--|
|    | 姓 名                   | 國民身分證統一編號 |   |   |                         | 出 生 年 月 日       | <input type="checkbox"/> 勞保 |                       | <input type="checkbox"/> 其他社會保險養老給付 |        |  |                                     |  |
| 1  | ○○○                   | A         | 1 | 0 | 0                       | 1               | 0                           | 1                     | 民國 ○年○月○日                           | 30,300 | <input checked="" type="checkbox"/> 勞保 | <input type="checkbox"/> 其他社會保險養老給付 |  |
| 2  |                       |           |   |   |                         |                 |                             |                       | 民國 年 月 日                            |        | <input type="checkbox"/> 勞保            | <input type="checkbox"/> 其他社會保險養老給付 |  |
| 3  |                       |           |   |   |                         |                 |                             |                       | 民國 年 月 日                            |        | <input type="checkbox"/> 勞保            | <input type="checkbox"/> 其他社會保險養老給付 |  |
| 4  |                       |           |   |   |                         |                 |                             |                       | 民國 年 月 日                            |        | <input type="checkbox"/> 勞保            | <input type="checkbox"/> 其他社會保險養老給付 |  |
| 5  |                       |           |   |   |                         |                 |                             |                       | 民國 年 月 日                            |        | <input type="checkbox"/> 勞保            | <input type="checkbox"/> 其他社會保險養老給付 |  |
| 6  |                       |           |   |   |                         |                 |                             |                       | 民國 年 月 日                            |        | <input type="checkbox"/> 勞保            | <input type="checkbox"/> 其他社會保險養老給付 |  |
| 7  |                       |           |   |   |                         |                 |                             |                       | 民國 年 月 日                            |        | <input type="checkbox"/> 勞保            | <input type="checkbox"/> 其他社會保險養老給付 |  |
| 8  |                       |           |   |   |                         |                 |                             |                       | 民國 年 月 日                            |        | <input type="checkbox"/> 勞保            | <input type="checkbox"/> 其他社會保險養老給付 |  |
| 9  |                       |           |   |   |                         |                 |                             |                       | 民國 年 月 日                            |        | <input type="checkbox"/> 勞保            | <input type="checkbox"/> 其他社會保險養老給付 |  |
| 10 |                       |           |   |   |                         |                 |                             |                       | 民國 年 月 日                            |        | <input type="checkbox"/> 勞保            | <input type="checkbox"/> 其他社會保險養老給付 |  |

以上資料請依國民身分證所載資料以正楷填寫

負責人印章 用印

經辦人印章 用印

- 本表限已領取勞工保險老年給付，或年逾65歲已領取公教人員保險養老給付、軍人保險退伍給付、老年農民福利津貼或國民年金保險老年給付之退休人員，再從事工作，或於政府登記有案之職業訓練機構接受訓練者，投保單位自願申報其參加職業災害保險時填用。
- 本表應於勞工到職、入會之當日，由投保單位填寫1份寄送勞保局，並自行影印1份留存，以便查考。表列人員自本表送交勞保局之當日零時(郵寄以原寄郵局郵戳為準)起加保生效。
- 請加蓋投保單位及負責人印章，並派人專送或以掛號郵寄，否則如有遺失，無從查考。

- ※一、適用勞動基準法之勞工(含本國籍、外籍配偶、陸港澳地區配偶)，本表並為勞工退休金提繳申報表，本局將以本表投遞日期依實單位勞工退休金雇主提繳率計收勞工退休金。但有下列情形之一者，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。
- 二、勞保月投保薪資(勞退月提繳工資)欄位請依「勞工退休金月提繳工資分級表」之等級金額填報。如填報之金額高於勞保投保薪資最高等級或低於第1級者，勞保投保薪資將依「勞工保險投保薪資分級表」所列等級及說明自動歸級計收勞保費。
- 三、表列人員如係不適用勞動基準法之勞工或受委任工作者(含本國籍、外籍配偶、陸港澳地區配偶)，且不參加勞工退休金提繳者，務請註明。但如其自願提繳者，請另填具「勞工退休金提繳申報表」寄送勞保局辦理。

|                     |   |         |   |
|---------------------|---|---------|---|
| 勞 動 部 勞 工 保 險 局 填 用 |   |         |   |
| 受理號碼                |   |         |   |
| 人 數                 | 名 | 加 保 日 期 |   |
| 鍵                   | 錄 | 校       | 對 |
|                     |   |         |   |

### 填寫加保表應注意事項：

一、加保表上被保險人姓名、身分證統一編號、出生年月日及投保薪資均應填列完整，並加蓋投保單位印章及負責人印章：

1. 姓名：依國民身分證所載姓名為準，外國籍員工請就英文姓名或中文姓名擇一填寫，但如填寫中文姓名，則所附核准工作函或聘僱外國人名冊亦應加註中文姓名，以憑核對。
2. 身分證統一編號：依國民身分證所載編號填寫，英文字母1碼及阿拉伯數字9碼應填寫完整，外國籍員工此欄位填寫護照號碼或居留證號碼。
3. 出生年月日：本國人依國民身分證所記載出生年月日填寫，外國籍員工依護照所記載出生年月日，換算為民國年填寫。
4. 投保薪資：依勞工之月薪資總額，按「勞工保險投保薪資分級表」所列等級金額及說明填報；如所填月薪資總額與勞保投保薪資分級表所列等級金額不符，本局將以適當等級歸級。
  - (1) 月薪資總額以勞動基準法第2條第3款規定之工資為準(即勞工因工作而獲得之報酬，包括工資、薪金及按計時、計日、計月、計件、以現金或實物等方式給付之獎金、津貼及其他任何名義之經常性給與均屬之)，其每月收入不固定者，以最近3個月收入之平均為準；實物給與按政府公布之價格折為現金計算。
  - (2) 16歲以上之被保險人，其投保薪資應自「勞工保險投保薪資分級表」第1級起申報。
  - (3) 部分工時勞工保險被保險人、職業訓練機構受訓者之薪資報酬未達基本工資者，可按月薪資總額填報，本局會依「勞工保險投保薪資分級表」之規定自動歸級正確之投保薪資。部分工時勞工保險被保險人請於加保申報表上特別註明「部分工時」字樣，以資區別。

二、本局全球資訊網([www.bli.gov.tw](http://www.bli.gov.tw))提供「勞工保險投保薪資分級表」、「勞工退休金月提繳工資分級表」及各類被保險人保險費分擔金額表，請自行下載參閱。又本局各地辦事處亦提供各類被保險人保險費分擔金額表供索取參閱。

寄件人

1 0 4 — 5 9

單位地址：○○市○○區○○路○○號

單位名稱：桃園市議員陳○○

電話：○○○○-○○○○

勞工保險證號：05001234A

請貼足郵資  
掛號郵寄

1 0 0 1 3

臺北市中正區羅斯福路1段4號

勞動部勞工保險局 啟

請勿使用訂書針封口，黏貼勿起週此裁切線

請勿使用訂書針封口，黏貼勿起週此裁切線