

勞、健保月投保薪資調整聲明書

本人目前從事牙體技術製作等相關工作，每月收入為_____元，請
貴會自_____年_____月起將本人之勞、健保月投保薪資調整為_____元。

特此聲明 此致

新北市牙體技術人員職業工會

會員證號碼：

立聲明書人：

身分證號碼：

出生年月日：

聯絡電話：

中華民國 年 月 日

勞保投保薪資	健保投保薪資	常年費	勞保費	健保費
23800	24000	200	1444	675
24000	24000	200	1456	675
25200	25200	200	1529	709
26400	26400	200	1601	743
27600	27600	200	1674	777
28800	28800	200	1747	810
30300	30300	200	1838	853
31800	31800	200	1929	895
33300	33300	200	2020	937
34800	34800	200	2111	979
36300	36300	200	2202	1021
38200	38200	200	2317	1075
40100	40100	200	2432	1128
42000	42000	200	2548	1182
43900	43900	200	2663	1235
45800	45800	200	2778	1289

勞保普通事故保險費率調整為按月投保薪資 10%計算，職業災害費率為 0.11%，
健保費率為 4.69% 109.01.01 起適用

* 傳真或寄至工會辦理。FAX：02-29888786

E-mail:ntcdental@gmail.com