

新北市牙體技術人員職業工會

勞、健保月投保薪資調整聲明書

本人_____ (會員證號碼：_____) 目前從事牙體技術製作等相關工作，申請自民國_____年_____月_____日起，將勞健保薪資 _____ 元，調整為 _____ 元整。

並同意配合下列條件提出申請：

1. 當勞工保險局審定本人從事資格及薪資時，願提具工作證明及薪資表如（扣繳憑單）並接受審定，如有不合勞保條例規定，以致被取消保險資格時，願付一切責任，並放棄先訴抗辯權。
2. 本人自決調整薪資時，前六個月平均薪資收入有達薪資調整級數標準。
3. 最近六個月並無就醫或接受健康檢查、受傷、住院。
4. 經同意調整，不可撤回。
5. 會員調整薪資需親自至工會填寫薪資調整授權書，如本人無法親洽請委託代理人書寫洽辦。

立聲明書人：

代理人姓名：

身分證號碼：

出生年月日：

聯絡電話：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

級距	勞保投保薪資	健保投保薪資	勞保費	健保費
1	28590	28590	1994	887
2	28800	28800	2008	893
3	30300	30300	2113	940
4	31800	31800	2217	986
5	33300	33300	2322	1033
6	34800	34800	2426	1079
7	36300	36300	2531	1126
8	38200	38200	2664	1185
9	40100	40100	2796	1244
10	42000	42000	2928	1303
11	43900	43900	3061	1362
12	45800	45800	3193	1421

- 註：1. 自 114 年 1 月 1 日起配合基本工資調整，第一級調整為 28590 元。
2. 自 114 年 1 月 1 日起勞保普通事故保險費率為按月投保薪資 11.5% 計算，職業災害費率為 0.12%，
3. 健保費率為 5.17%。(112/1/1 起適用)