**雇主負擔勞、健保、勞退費用簽領單**

單位名稱：

計畫編號：

計畫名稱：

職位名稱：

補助人員變更情形(請填寫本年度人員變更情形，若均未變更，僅需填寫第一欄)：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 變更次數 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 人員姓名 |  |  |  |  |
| 身份證字號 |  |  |  |  |
| 在職期間 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月份 | 姓名 | 投保級距 | 雇主負擔勞保費用 | 雇主負擔健保費用 | 雇主提撥勞退費用 | 合計 | 核銷金額 | 投保日期起迄 | 說明 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本期金額 |  |  |  |  |  |  |  |
| 累計金額 |  |  |  |  |  |  |  |
| 備註 | 單位名稱 | 累計金額 | 比率（％） |
| 臺中市政府社會局 |  |  |
| 單位自籌 |  |  |

1. 請檢附相關**個人投保明細**等相關資料，未依規辦理勞、健保或提撥勞退準備金者，不予補助；另勞健保費用恐有波動、調漲情況，**請依實際加保繳費狀況詳實填寫**。
2. 依勞工保險法第72條略以，投保單位未為其所屬勞工辦理投保手續者，按自僱用之日起，至參加保險之前一日或勞工離職日止應負擔之保險費金額，處四倍罰鍰。勞工因此所受之損失，並應由投保單位依本條例規定之給付標準賠償之。

業務單位： 會計單位： 單位主管：

中華民國　　　年　　　月　　　日