

核判區分	院長	副院長	主任秘書	一級主管	二級主管
			✓		

高雄榮民總醫院留職停薪申請書(勞保身分)

單位		職稱		姓名	
支援單位		聯絡電話	市話： 手機：	卡號	
留職停薪事由及檢附文件	起迄時間	<input type="checkbox"/> 初次申請：自 年 月 日起至 年 月 日止。 <input type="checkbox"/> 延長申請：前次核定期間為 年 月 日起至 年 月 日止， 本次申請期間自 年 月 日起至 年 月 日止。			
	住居地址				
	<input type="checkbox"/> 養育三足歲以下子女。	子女姓名	本人及子女戶籍謄本正本(同戶籍 1 份，不同戶籍各 1 份，記事欄位勿省略)。		
		出生日期	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 普通病假逾限，經以事假及特別休假抵充後仍未痊癒，並檢附佐證文件。 <input type="checkbox"/> 服兵役或其他，並檢附佐證文件。				
※申請下列留職停薪事由，由本院考量業務狀況依權責辦理。					
<input type="checkbox"/> 侍奉本人或配偶直系血親尊親屬。 <input type="checkbox"/> 照護配偶或子女。	親屬稱謂	1. 本人及子女戶籍謄本正本(同戶籍 1 份，不同戶籍各 1 份，記事欄位勿省略)。 2. 65 歲以上直系血親尊親屬日常生活須被侍奉之說明。 3. 親屬重大傷病證明。			
	姓名				
<input type="checkbox"/> 配偶於各機關、公立學校、公營事業機構或軍事單位服務，因公務需要派赴國外工作，其期間在一年以上須隨同前往，並檢附佐證文件。					
辦理留職停薪時注意事項	1. 留職停薪期間： <input type="checkbox"/> 請填寫「留職停薪社會保險投保意願調查表暨權益告知書」。 ※各欄位請務必確實勾選，如未勾選視同退保，後續權益事項由當事人自行負責。				
	2. 聘用住院醫師、契約醫師： <input type="checkbox"/> 本年底未休畢全數慰勞假天數時，視為放棄。 3. 契約人員(不含醫師)、工級人員： <input type="checkbox"/> 預訂本年度內回職復薪者，於回職後繼續使用未休完之特別休假，年底前如未休完，依勞動基準法結算工資或申請保留一年。 <input type="checkbox"/> 預訂於明年度回職復薪者，請繼續勾選下列【】選項三選一： <input type="checkbox"/> 本年度未休完之特別休假天數擬結算工資。 <input type="checkbox"/> 本年度未休完之特別休假天數擬保留至明年度回職復薪後使用，明年底前如未休完，依勞動基準法結算工資。 <input type="checkbox"/> 本年度之特別休假已全數休畢。 <input type="checkbox"/> 預訂於後年度回職復薪者，本年度未休完之特別休假天數一律結算工資，不得保留。				
申請簽名：			申請日期： 年 月 日		
單位主管			支援單位主管	(工作分配於隸屬單位以外時，加會工作單位主管)	
總務室	出納組：				
人事室	奉核後正本送人事室辦理。				
	任免組：				
	考核組：				
	資料組：				
主任：					
			批示		

留職停薪社會保險投保意願調查表暨權益告知書

基本資料	姓名： _____ 卡號： _____ 留職停薪期間：自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止。	
留職停薪事由	勞保	健保
<input type="checkbox"/> 育 嬰	<input type="checkbox"/> 同意續保 (續保才可請領育嬰津貼 6 個月) ※繳納費用同薪資明細自付額 ※保費遞延或不遞延，請於後附申請書勾選 (後附申請書請勿漏填，漏填者由人事室代為申報 " 不遞延 ") <input type="checkbox"/> 停保	<input type="checkbox"/> 同意續保 ※繳納費用同薪資明細自付額 <input type="checkbox"/> 停保轉出 ※回職復薪時請務必通知人事室復保 並檢附 <u>健保轉出單</u> 依憑辦理
<input type="checkbox"/> 傷 病 <input type="checkbox"/> 服兵役	<input type="checkbox"/> 同意續保 (請續填職災保險投保意願) ※繳納費用同薪資明細自付額 ※因傷病留停者，普通傷病 1 年，職業災害 2 年，期限屆滿如不能復工時，應申報 <u>退保</u> <input type="checkbox"/> 停保	需從本院停保轉出，請自行辦理投保事宜。
<input type="checkbox"/> 派遣出國	<input type="checkbox"/> 同意續保 ※繳納費用同薪資明細自付額 <input type="checkbox"/> 停保	需從本院停保轉出，請自行辦理投保事宜。
<input type="checkbox"/> 侍 親 <input type="checkbox"/> 其 他	須辦理勞保 <u>退保</u> ，並由勞保局逕轉保為 <u>國民年金</u> ，帳單寄至戶籍地自行繳納。	需從本院停保轉出，請自行辦理投保事宜。

申請人簽名： _____ 填寫日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※為維護臺端權益，此份書表等同切結，人事室將依憑辦理後續投保事宜。

※各欄位請務必確實勾選，如未勾選視同退保，後續權益事項由當事人自行負責。

※留職停薪期間，**勞工退休金**依規定停止繳納，自提勞退回職時請至人事室辦理提撥。

★★★育嬰留職停薪勞保、健保填寫注意事項★★★

相關疑問可洽資料組 (71104) 。請詳參下方說明。

育嬰留職停薪津貼 (6 個月 8 成薪) 及育嬰假期間勞保、健保投保問題，繳付文件如下。

1、育嬰留職停薪津貼申請書、給付收據及繼續投保申請書

- 【勞保選擇同意續保，才能領 6 個月 8 成薪；由勞保局每 2 個月寄繳費單至通訊地址，需自行繳納】
- 【因繳費單須由申請人逕自繳納，建議保費不遞延，以免日後積欠保費】
- 【遞延：自育嬰假起算三年後開始繳；不遞延：自育嬰假起每 2 個月繳納】

2、全民健康保險被保險人育嬰留職停薪在原投保單位繼續投保及異動申報表

- 【僅填寫"壹、被保險人基本資料"，可選擇在本院投保，由健保局每月寄繳費單至通訊地址，需自行繳納】

《勞保、健保收費僅有個人負擔部分，與薪資單收費相同，可逕至薪資系統查閱》

育嬰留職停薪津貼申請書、給付收據及繼續投保申請書

受理編號	— 7 —	申請日期	年	月	日	(填表前請詳閱背面說明)																																																						
被保險人姓名		出生日期	民國	年	月	日	身分證統一編號																																																					
郵遞區號：		電話：()		前述地址為：(請勾選)																																																								
通訊地址：		行動電話：		<input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 現住址																																																								
申請金額	每月 (如無法核算，可不必填寫)		元	※注意事項： 1. 請領津貼期間如擔任本(他)單位負責人(包括董事、監察人、合夥人、經理人等)，或另有工作、參加職業訓練領有職業訓練生活津貼之情事，依規定不得請領育嬰留職停薪津貼。 2. 被保險人如「提前復職」或與投保單位「終止僱傭關係離職退保」，應通知本局停發。 3. 津貼係採按月於期初發放，每1子女最長發給6個月，父母同為被保險人，於撫育2名以上未滿3歲子女(如雙(多)胞胎子女)，得同時請領不同子女之育嬰留職停薪津貼。至父母如係撫育1名未滿3歲之子女者，則應分別請領津貼，不得同時為之。 4. 被保險人同時撫育2名以上未滿3歲子女，得先後申請津貼，期間不得重疊。 5. 被保險人於育嬰留職停薪繼續加保期間，原由雇主負擔70%之保險費，不需繳納(公家單位除外)；被保險人應負擔之保險費，本局將於單月底(1、3、5、7、9、11月)前寄發前2個月保險費繳款單(遞延繳納者至遞延期滿每單月底前寄發)。																																																								
育嬰留職停薪				<input type="checkbox"/> 同意繼續投保 (未勾填者，視同不續保，將自育嬰留職停薪前一日退保)																																																								
保險費				<input type="checkbox"/> 遞延 <input type="checkbox"/> 不遞延 3年繳納																																																								
育嬰期滿是否同意接受各地方勞工行政主管機關後續關懷協助措施				<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意																																																								
子女資料	姓名	(限填一名子女)	出生日期	民國	年	月	日	身分證統一編號																																																				
給付方式 請將申請人之存簿影本浮貼於此處																																																											
(請勾選一項)	※所檢附金融機構或郵局之存簿影本應可清晰辨識帳號，帳戶姓名須與勞保局加保資料相符，以免無法入帳。 1. <input type="checkbox"/> 匯入申請人在金融機構之存簿帳戶 金融機構名稱：_____ 銀行 _____ 分行 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 10%;">總代號</td> <td style="width: 10%;">帳號</td> <td colspan="18">金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td colspan="18"></td> </tr> </table> 2. <input type="checkbox"/> 匯入申請人在郵局之存簿帳戶 局號：□□□□□□—□ 帳號：□□□□□□□□—□																				總代號	帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)																																					
總代號	帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)																																																										
以上各欄位均據實填寫，為審核給付需要，同意貴局可逕向衛生福利部中央健康保險署或其他有關機關團體調閱相關資料。若有溢領之保險給付，亦同意貴局可逕自本人得領取之保險給付中扣除繳還。																																																												
被保險人簽名或蓋章：_____ (詳閱資料後本人正楷親簽)																																																												
※應備書件：1. 育嬰留職停薪證明(本申請書育嬰留職停薪證明如經投保單位蓋章，即不需另行檢附)。 2. 被保險人及子女之戶口名簿影本(被保險人為外籍配偶者，請檢附居留證影本)。																																																												

育 嬰 留 職 停 薪 證 明

育嬰留職停薪期間	自 年 月 日起至 年 月 日止
※請務必填寫	(如有塗改，請加蓋投保單位印章)
投保單位保險證號：_____	
單位名稱：_____ 負責人：_____	
電 話：() _____	
地 址：_____	
申請人於本單位已辦妥育嬰留職停薪手續，上述育嬰留職停薪期間無訛，特此證明。	

※申請手續免費又方便，無須委由他人代辦，各項欄位請認真填寫，如有疑義請電洽本局，電話：(02)2396-1266，有關育嬰留職停薪津貼問題，請轉 2866；育嬰留職停薪繼續投保問題，請轉 3111。
 ※申請人申請育嬰留職停薪津貼時，應據實填寫，如有偽造、詐欺等不法行為者，將移送司法機關辦理。

※郵寄或送件地址：100232 台北市中正區羅斯福路1段4號「勞動部勞工保險局」收。

請填“壹、被保險人基本資料”即可

全民健康保險被保險人育嬰留職停薪 在原投保單位繼續投保及異動申報表

(本表專供第一類投保單位填用)

表號：承表 W

投保單位代號																				
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

收件章	分區業務組										業務組	
	民國				年			月			日	申報
	民國				年			月份第		號表		

壹、被保險人基本資料

國民身分證統一編號 (居留證號碼)				姓名				出生日期				
								年	月	日		
戶籍地址		郵遞區號		縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段室	巷弄	號樓		
通訊地址		郵遞區號		<input type="checkbox"/> 同戶籍地址								
				縣市	鄉鎮市區	村里鄰	路街	段室	巷弄	號樓		
行動電話(必填)				_____ - _____				市話	(____) _____		分機 _____	
電子郵件：						被保險人簽章： (蓋章)						


貳、留職停薪期間及繼續投保生效日

投保單位填寫						健保署填寫					
育嬰留職停薪期間						核定生效日期					
起			迄			起			迄		
年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日

參、留職停薪期間異動

投保單位填寫						健保署填寫					
項目別(打v) <input type="checkbox"/> 提前復職(僅填迄日) <input type="checkbox"/> 展延期間						核定生效日期					
起			迄			起			迄		
年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日

肆、投保單位資料

投保單位名稱：	單位圖記 或 印信  <small>填表範例</small>	受理 歸檔 批頁號	資料 鍵錄	資料 校對
通訊地址：				
電話：				
負責人： <input type="checkbox"/> (印章) 經辦人： <input type="checkbox"/> (印章)				