

投保薪資調整申請書

會員編號	會員姓名	出生年月日	身分證號碼	聯絡電話

*** 申請勞保薪資調整請務必於資格及條件符合原則下提出申請 ***

*** 請於調薪前一個月通知本會辦理申請 ***

*** 住院或給付期間不得申請薪資調整 ***

*** 領取失能給付或補助者須先告知 ***

*** 調薪皆以次月 1 日生效 ***

切結書

茲因本人確實從事本業並為無一定雇主或自營作業者，對申請薪資調整相關細節及資格要件皆為知悉；也清楚不實申報應負的責任。本人目前近六個月工資平均值符合可申請薪調資格，目前仍在職，故向工會提出申請薪資調整。～以上所述皆為屬實～，如有不實或浮報薪資調整之情事，業經 勞工保險局 查核確定為虛報屬實；其所有責任歸屬及風險被保險人將自行負完全責任不得有異議。

19273→21000 24000 27600 30300 33300
38200 43900 並自（____年____月一日起）生效。

19200→21900 24000 27600 30300 33300
38200 43900 並自（____年____月一日起）生效。

20100→22800 25200 28800 31800 36300
40100 43900 並自（____年____月一日起）生效。

*** 身體健康者，方可申請調薪。（調薪前六個月有傷病住院者、重殘者不調）**

被保險人親自簽名：_____

電 話：_____

（本人完全了解切結內容及責任歸屬）

填表日 中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日