

# 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
		年 月 日		

\*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\*

\*會員加保滿1年後方可申請調整薪資\*

\*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\*

\*領取失業給付補助者須先告知\*

\*調薪皆以次月1日生效\*

**勾選處  
請填寫**

## 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。

(一) 27600

原投保薪資 → 30300 33300 38200 43900 45800

26400

並自 (\_\_\_\_年\_\_\_\_月一日起) 生效。

原最低投保薪資

(二) 25250

原最低投保薪資 → 28800 31800 36300 40100 45800

並自 (\_\_\_\_年\_\_\_\_月一日起) 生效。

(三) 34800

原投保薪資 → 38200 43900 45800

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、失業給付者、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

工會地址：台北市文山區景華街21號

**請收到後立即掛號寄回謝謝您！**