

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	27470	27470	1831	852
2	27600	27600	1840	856
3	28800	28800	1920	893
4	30300	30300	2020	940
5	31800	31800	2120	986
6	33300	33300	2220	1033
7	34800	34800	2320	1079
8	36300	36300	2420	1126
9	38200	38200	2546	1185
10	40100	40100	2673	1244
11	42000	42000	2800	1303
12	43900	43900	2926	1362
13	45800	45800	3053	1421

- 註：1.自 113 年 1 月 1 日起配合基本工資調整，第一級調整為 27470 元。
2.自 112 年 1 月 1 日起勞保普通事故保險費率為按月投保薪資 11%計算，職業災害費率為 0.11%，
3.健保費率為 5.17%。(112/1/1 起適用)