

投保薪資調整聲明書

本人（被保險人）：_____ 身分證字號：_____

符合持續加保滿 1 年，自_____年_____月 1 日逕向投保單位【台中市才藝教學服務人員職業工會】，申請調整現投保薪資金額（勞、健保，含眷屬）之 **15%**。

投保薪資調整，依據勞工保險局規定，每年每人投保薪資調整幅度為投保薪資金額之 15% 為上限。

並同意配合：

- 一、本人目前從事本業。
- 二、最近六個月內並無就醫接受健康檢查、懷孕、受傷、住院、審定失能前、重病治療期間等。
- 三、符合持續加保滿 1 年，須填寫投保薪資調整聲明書，繳(寄)給工會方能生效。
每年 3 月 20 日前申請並收件無誤者統一由 5 月 1 日開始調薪；
每年 7 月 20 日前申請並收件無誤者統一由 9 月 1 日開始調薪；
每年 11 月 20 日前申請並收件無誤者統一由隔年 1 月 1 日開始調薪。
- 四、所繳交的保費（勞、健保，含眷屬健保）會隨投保薪資金額調整而增加。
- 五、經同意調整，不可撤回。

以上若經勞工保險局查證不實申報者，本人（被保險人）願負一切法律責任，特此聲明。

此 致

台中市才藝教學服務人員職業工會

立書人（被保險人）：_____（簽章）

地址：

電話：

被委託人：_____（簽章） 關係：

身分證字號：

電話：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日