

# 工作說明暨薪資調整說明書

※為保障您的權益請確實填選 V 下列問題：

一  【依據勞保局保承職字第09860486480號函示】同意親至工會辦理。

二  本人已了解【若具有：①中、低收入戶②身障手冊③重大疾病④低薪資雙重加保，以上身份者】，薪資欲高於現投保薪資者需提供繳稅證明或薪資所得證明。【依據勞保局第09660347480號函示】

三  本人確實在中華民國境內有實際工作超過7個月以上。【如為勞保條例第9條第2款規定：被保險人經其服務單位派遣出國提供服務者，係以受雇員工身份投保；不得在職業工會參加勞保】。

四  本人壹年內無住院或其他醫療行為。

【若有請誠實告知最近因\_\_\_\_\_病就診，並同意於\_\_年\_\_月\_\_日前提供工作證明暨最近三個月內平均收入證明，再行到會調整投保薪資】。

五  本人確已了解日後經勞保局查證薪資調整與事實不符，勞保局會取消已調薪資或取消加保資格，往年所繳保險費不予退還。

六

本人現今確實在\_\_\_\_\_市（縣）\_\_\_\_\_路（街）從事  
\_\_\_\_\_工作。

七

本人月收入確已達到勞保投保薪資等級：

新台幣：\_\_\_\_\_萬\_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰元整。※此次調整自次月起生效。

八

以上問題，本人確實詳閱填寫無誤，如有不實願自負一切責任。

薪資調整申請人：\_\_\_\_\_（簽名蓋章）

身份證字號：\_\_\_\_\_ 會員編號：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日