

新北市立中平國民中學

領 據

年 月 日

領款人			服務單位		
課程/活動/會議名稱			日期/時間	辦理日期： 年 月 日 () : ~ :	
是否符合免扣取補充保險費身份	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請勾選下列條件，並附證明文件：				
	<input type="checkbox"/> 不具投保資格 <input type="checkbox"/> 屬全民健康保險第5類低收入戶保險對象 <input type="checkbox"/> 第2類被保險人 <input type="checkbox"/> 專門職業及技術人員自行執業者或自營作業且在職業工會加保者(以執行業務所得為投保金額)		<input type="checkbox"/> 兒童及少年 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入老人 <input type="checkbox"/> 領取身心障礙者生活補助費者 <input type="checkbox"/> 勞保投保薪資未達基本工資之身心障礙者 <input type="checkbox"/> 在國內就學且無專職工作之專科學校或大學學士班學生 <input type="checkbox"/> 符合健保法第一百條所定之經濟困難者		
給付類別	<input checked="" type="checkbox"/> 鐘點費 <input type="checkbox"/> 演講費 <input type="checkbox"/> 出席費 <input type="checkbox"/> 審查費 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____				
給付金額		代扣二代健保費		給付淨額	新台幣 元整
領款人簽名			身份證字號		
郵局帳戶	局號：_____ 帳號：_____				
銀行帳戶	_____ 銀行 _____ 分行 帳號：_____				
戶籍地址					
電子郵件信箱(入帳通知用)					
備 註	手機號碼：_____				
<p>附註一、本領據為本校向國稅局申報所得資料之依據，務請以正楷詳填各欄，避免因漏、錯填或字跡無法辨識，致扣繳憑單所得資料錯誤或無法送達，影響個人權益。</p> <p>二、匯款至郵局帳戶-免匯款手續費；匯款至銀行帳戶-須自行負擔匯款手續費，由款項中逕行扣除。</p> <p>三、二代健保補充保費單次領款達26,400元(含)以上，須代收2.11%保費。</p> <p>扣繳對象：非在本校投保健保者。</p>					