

新北市病患家事服務職業工會

被保險人薪資調整申請書

被保險人：

身份證字號： 出生日期： 年 月 日

申請由____年____月起投保薪資_____元調整為_____元

以上薪資收入確已達到所申報之投保薪資等級，如有不符規定，經勞保局註銷其投保薪資調整，保險費不予退還，將無異議。

被保險人簽名或簽章：_____

代申請人簽名或簽章：_____

關係：_____

申請日期： 年 月 日

新北市病患家事服務職業工會

被保險人薪資調整申請書

被保險人：

身份證字號： 出生日期： 年 月 日

申請由____年____月起投保薪資_____元調整為_____元

以上薪資收入確已達到所申報之投保薪資等級，如有不符規定，經勞保局註銷其投保薪資調整，保險費不予退還，將無異議。

被保險人簽名或簽章：_____

代申請人簽名或簽章：_____

關係：_____

申請日期： 年 月 日