

○○○年○月培力就業計畫補助勞職健保費印領清冊

用人單位名稱：

職災費率： %

造冊日期： 年 月 日

編號	姓名	身分證 統一編號	地址	投保 級距	投保 天數	投保單位負擔部分			備註
						勞保 (含職災)	健保	合計	
總計： 萬 仟 佰 拾 元(請以國字大寫書寫)									
經辦人					業務主管				
主計(會計) 經辦				主計(會計) 主管				單位 負責人	