**110年**○**月培力就業計畫補助勞健保費請領表**

附件二-7

單位名稱：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 職稱 | 姓名 | 身分證  字號 | 投保  級距 | 投保  天數 | 投保單位負擔部分 | | | 上工  起始日 | 備註 |
| 勞保 | 健保 | 合計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 計 | | | | | | 新臺幣 元整 | | | | |

職災費率: % 造冊日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 經辦人 | 業務主管 | 主計主管 | 單位負責人 |
|  |  |  |  |

**＊備註欄請註明人員「離職日期」、「福保身份」、「農保身份或已領取老年津貼」等。**