○○○**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 |  |