**全民健康保險投保單位負責人
申報調降投保金額聲明書**

（請依貴單位實際情況填寫所得資料，並勾選一項適當說明以申報負責人投保金額）

**□新設立之單位(設立核准日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_ 月\_\_\_\_日)**

**□變更負責人之單位(變更核准日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日)**

**□復業之單位 (復業核准日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日)**

**□營業額在一定標準以下，免課所得稅之小規模營利單位**

**□其他 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

本單位係

因尚無營利事業所得稅核定通知書，亦無各類課稅所得證明，且符合以下勾選項目之情形，先行切結申報健保投保金額為 元：

□單位僱用員工**滿五人（含五人）之事業負責人**（105年5月1日起投保金額最低不得低於４５,８００元及所屬員工申報之最高投保金額，且不得低於其適用勞工退休金月提繳工資）。

□單位僱用員工**未滿五人之事業負責人**（投保金額最低不得低於
３４,８００元及所屬員工申報之最高投保金額，且不得低於其適用勞工保險之投保薪資及勞工退休金月提繳工資）。

以上聲明如有申報不實，同意由貴署依全民健康保險法第20條規定逕予調整，及依第89條罰則處以短繳保險費金額2倍至4倍之罰鍰，絕無異議。

此致

衛生福利部中央健康保險署(\_\_\_\_\_\_\_業務組) 單位圖記

投保單位代號： (新成立者免填)

投保單位名稱：

營利事業統一編號： 負責人私章

負責人姓名及身分證字號：

單位聯絡電話：

中華民國 年 月 日申報　 1050419修訂版