


表 號：承表 S

保 險 證 號 (8位數字+1位英文檢查碼)	0	1	0	0	0	0	0	0	A	勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險投保薪資調整表 全民健康保險投保金額調整表 〈※勞工退休金提繳工資調整表〉	勞保局、健保署 收 件 章	健 保 署 分區業務組	台北業務組					
全民健保投保單位代號	9	9	8	8	7	7	6	6	6		民國 111 年 5 月 1 日申報							
單位統一編號或 非營利扣繳編號	00000000										民國 111 年 5 月份第 1 號表							
姓 名	國民身分證統一編號 (居留證或護照號碼)			出生年月日	月薪資總額(元) 健保投保金額		部分 工時 者請 打✓	備 註	單位名稱：○○有限公司 單位地址：台北市中正區○○路○段○號○樓 單位電話：02-0000-0000 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">用印 單位 印章</div> <div style="text-align: center;">  填表範例 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">用印</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">用印</div> </div> <p style="text-align: center;">負責人印章 經辦人印章</p> <p style="text-align: center;">(請投保單位影印 1 份自行存查) (2 頁以上請填明頁次)</p> <p style="text-align: right;">頁次：</p>									
李○○	L	1	2	3	4	5							6	7	8	9	88 年 8 月 8 日	9800
魏○○	W	1	2	3	4	5	6	7					8	9	85 年 5 月 5 日	40000	50000	
															年 月 日			
															年 月 日			
															年 月 日			
															年 月 日			
															年 月 日			
															年 月 日			
															年 月 日			
以上資料請依國民身分證、戶籍證明文件、居留證或護照號碼所載資料以正楷填寫 注意事項：										勞保局、健保署填用								
一、本表為勞、就、職、健保暨勞退合一投保薪資調整表，請填寫一式 2 份(均為正本)一併寄送健保署(臺北業務組轄區則請寄勞保局)，每份均需加蓋單位及負責人、經辦人印章並詳填單位名稱、地址、電話。 二、表列「調整後月薪資總額、健保投保金額」，自本表送局(署)之次月 1 日生效，其餘辦理薪調手續請參閱背面說明。 三、表列已申報提繳勞工退休金之人員，本表並為勞工退休金提繳工資調整表，勞保局將依本表所填調整後之月薪資總額，依「勞工退休金月提繳分級表」規定之月提繳工資(自本表送勞保局之次月 1 日生效)，據以計收勞工退休金。 四、僅申報調整勞工退休金月提繳工資(勞工原月提繳工資已低於最低投保薪資 11,100 元申報調低)，勿填本表，請另填具「勞工退休金提繳工資調整表」寄送勞保局辦理。 五、適用勞工退休金條例之勞工同時為勞工保險或全民健康保險之被保險人者，除每月工資總額低於勞工保險最低月投保薪資(11,100 元)者外，其月提繳工資金額不得低於勞工保險投保薪資或全民健康保險投保金額。										受理號碼								
人數		名		勞保 健保		受理日期												
受理 人員		資料 鍵錄		資料 校對														

填表說明：

- 一、本表供勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險被保險人投保薪資及全民健康保險第一類至第三類被保險人投保金額調整時填用，由投保單位填寫一式 2 份按投保單位所在地依右列地址寄送健保署（臺北業務組轄區請寄勞保局）處理，並影印 1 份留存備查。
- 二、「保險證號」與「投保單位代號」應分別填寫正確。
- 三、請加蓋投保單位、負責人及經辦人印章。
- 四、本表請以掛號郵寄（請將掛號執據貼於存底聯保存）或派人專送，否則如有遺失，無從查考。
- 五、月薪資總額（勞工保險、就業保險及勞工職業災害保險）：
 - （一）勞保局將依所填月薪資總額，依「勞工保險投保薪資分級表」及「勞工職業災害保險投保薪資分級表」之規定自動歸級正確之投保薪資。
 - （二）部分工時勞工月薪資總額未達基本工資者，請在「部分工時者請打V」欄打V（**勞工職業災害保險無部分工時投保薪資等級**）。
 - （三）員工變更為負責人身分，將不適用就業保險，其所得未達「勞工保險投保薪資分級表」及「勞工職業災害保險投保薪資分級表」最高一級者，得自行舉證申報其投保薪資，但其勞工保險之投保薪資最低不得低於所屬員工申報之最高投保薪資適用之等級。若未舉證者，勞保局將自次月 1 日起，逕行調整其投保薪資為最高一級。
- 六、健保投保金額：
 - （一）全民健康保險無部分工時投保薪資等級，請參照「全民健康保險投保金額分級表」申報。
 - （二）全民健康保險被保險人之薪資較「勞工保險投保薪資分級表」或「勞工職業災害保險投保薪資分級表」最高級為高者，仍應按「全民健康保險投保金額分級表」申報。
 - （三）全民健康保險之投保金額不得低於勞工保險之投保薪資及勞工退休金之月提繳工資。
- 七、被保險人投保薪資、投保金額調整時限：
 - （一）所得於當年 2 月至 7 月調整時，應於當年 8 月底前申報調整，自申報的次月 1 日生效。
 - （二）所得於當年 8 月至次年 1 月調整時，應於次年 2 月底前申報調整，自申報的次月 1 日生效。
- 八、投保單位應覈實申報被保險人投保薪資，如有需要，將另行通知檢送最近 3 個月薪資資料供查核。

寄件者

1 1 0 — 2 3 2

單位地址：台北市中正區○○路○段○號○樓

單位名稱：○○有限公司

單位電話：02-0000-0000

保險證號：01000000A

健保投保單位代號：998877666

請貼足郵資
掛號郵寄

- 收件人（郵寄單位及地址請依貴單位所在地打V）
- 100232 勞動部勞工保險局
地址：臺北市中正區羅斯福路一段 4 號
投保單位所在地：臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金馬地區
- 320216 衛生福利部中央健康保險署北區業務組
地址：桃園市中壢區中山東路三段 525 號
投保單位所在地：桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣
- 407666 衛生福利部中央健康保險署中區業務組
地址：臺中市西屯區市政北一路 66 號
投保單位所在地：臺中市、南投縣、彰化縣
- 700203 衛生福利部中央健康保險署南區業務組
地址：臺南市中西區公園路 96 號
投保單位所在地：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市
- 801206 衛生福利部中央健康保險署高屏業務組
地址：高雄市前金區中正四路 259 號
投保單位所在地：高雄市、屏東縣、澎湖縣
- 970009 衛生福利部中央健康保險署東區業務組
地址：花蓮縣花蓮市軒轅路 36 號
投保單位所在地：花蓮縣、臺東縣