

台北市保險業職業工會

【健保薪資調降申請書】

申請日期 _____年____月____日

1. 健保薪資調降不得低於勞保投保薪資。
2. 依健保法第 20 及 21 條規定，於一定期限內，由被保險人依金額分級表自行覈實申報，並由健保署查核，如申報不實，需自行負責。

本人_____從事 保險業務招攬 工作，原健保薪資由_____元，調降健保薪資等級為：

新台幣_____拾_____萬_____仟_____佰_____拾元整。

本次調整薪資，自申請日起次月生效，繳費須超過生效日方能生效，溢繳金額抵扣下期保費，若需退費請提供存摺封面非台銀帳戶自付 10 元匯費。

以上內容申請人願遵照辦理。【簽名】：_____

身份證字號：_____會員編號：_____

◎調薪申請方式說明：

申請附件：申請當月前，連續三個月佣金明細表
每年健保薪資查核期間請附『稽核年度』綜所稅電子結算申報收執聯，以免調整錯誤補繳差額

申請日	佣金明細表
11/1-11/30	8 月-10 月
12/1-12/31	9 月-11 月

忠孝會址：10041 台北市忠孝西路一段 50 號 13 樓之 38

電話：(02)2361-0096 傳真：(02)2370-0598

114/02/21