

**就業保險、勞工職業災害保險
全民健康保險第一、二、三類
新成立投保單位申請書
勞工退休金提繳單位申請書**

表號：承表 A

單 位 名 稱										是 否 為 公 營 事 業		是 ☐ 否 ☐			
單位登記地址		郵遞區號		縣 市 市 區 村 里 鄉 鎮 路 街 段 巷 弄 號 樓 室											
單位通訊地址 (□同登記地址)		郵遞區號		縣 市 市 區 村 里 鄉 鎮 路 街 段 巷 弄 號 樓 室											
負 責 人 姓 名		身 分 證 統 一 編 號								出 生 年 月 日		單 位 聯 絡 電 話			
												負 責 人 行 動 電 話			
負 責 人 戶 籍 地 址		郵遞區號		縣 市 市 區 村 里 鄉 鎮 路 街 段 巷 弄 號 樓 室											
主要經營業務				主 要 產 品 或 出 售 貨 品								※勞工退休金 雇主提繳率		%	
單位統一編號或 非營利扣繳編號				電子郵件信箱 (健保必填)								傳真機號碼			
依照就業保險法及其施行細則、勞工職業災害保險及保護法及其施行細則暨全民健康保險法及其施行細則之規定，對所僱全體員工（或所屬會員）申請參加就業保險、勞工職業災害保險及對所僱全體員工（或所屬會員）及其眷屬申請參加全民健康保險，並依照勞工退休金條例及其施行細則規定，對所僱適用勞動基準法之勞工(含本國籍、外籍配偶、陸港澳地區配偶、取得永久居留之外籍人士)申請提繳勞工退休金，茲檢送應附書表及有關證件影本，請查照辦理為荷。															
此 致 勞 動 部 勞 工 保 險 局 衛生福利部中央健康保險署															
單 位 名 稱： 負 責 人 姓 名： 中 華 民 國 年 月 日															



以下欄位由勞保局、健保署填用

保 險 證 號				全民健保單位代號							
地 區				健保署分區業務組				業 務 組			
積欠工資墊償單位				申 報 日 期				民國 年 月 日 申 報			
業 別		屬 性		性 質		保 險 始 期		民國 年 月 日			
受 理		鍵 錄		校 對		複 核		決 行		勞保局、健保署收件章	

1. 就保新成立之保險效力自表件送達或郵寄當日起算；健保單位新成立之生效日係自設立日或登記日起算。

(其餘辦理投保單位新成立手續請參閱背面說明)

2. 本表請填寫一式2份(證明文件亦請附2份)，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印章，並請自行影印1份留存備查。

※不適用勞動基準法之單位，且無適用勞動基準法之勞工，勞保局將不予計收勞工退休金，雇主提繳率欄位不必填寫。

新辦 投保單位 填表說明：
提繳單位

壹、填表須知

- 一、就業保險法第 5 條第 1 項規定，年滿 15 歲以上，65 歲以下，受僱之具中華民國國籍或與在中華民國境內設有戶籍之國民結婚，且獲准居留依法在臺灣地區工作之外國人、大陸地區人民、香港居民或澳門居民等勞工，應以其雇主或所屬機構為投保單位，參加本保險為被保險人。但下列人員不得參加本保險：
 - 1. 依法應參加公教人員保險或軍人保險者。
 - 2. 已領取勞工保險老年給付或公教人員保險養老給付者。
 - 3. 受僱於依法免辦登記且無核定課稅或依法免辦登記且無統一發票購票證之雇主或機構者。
- 二、勞工職業災害保險及保護法第 6 條規定，年滿 15 歲以上之下列勞工，應以其雇主為投保單位，參加本保險為被保險人：
 - 1. 受僱於領有執業證照、依法已辦理登記、設有稅籍或經中央主管機關依法核發聘僱許可之雇主。
 - 2. 依法不得參加公教人員保險之政府機關（構）、行政法人及公、私立學校之受僱員工。
- 三、依勞工退休金條例第 6、7、14 條規定，雇主應為適用勞動基準法之勞工（含本國籍、外籍配偶、陸港澳地區配偶、取得永久居留之外籍人士）按月提繳退休金，雇主每月負擔之勞工退休金，不得低於勞工每月工資 6%，提繳率未申報或未達 6% 者，依最低提繳率 6% 計算之。（依私立學校法之規定提撥退休準備金者，不適用）。
- 四、全民健康保險法第 10 條規定之第一、二、三類被保險人（詳下方表格），如與就業保險、勞工職業災害保險規定之被保險人相同時，請填用本表格以簡化全民健康保險、就業保險及勞工職業災害投保申請手續。
- 五、若非屬就業保險、勞工職業傷害保險之強制投保對象，或全民健康保險法第 10 條第四、五、六類被保險人之投保單位，請勿填用本表，此類被保險人之投保單位申請表請洽健保署各分區業務組領取。

貳、應送書表及證件

- 一、本申請書 2 份。
- 二、就業保險、勞工職業災害保險加保申報表、全民健康保險第一、二、三類保險對象投保申報表、勞工退休金提繳申報表 2 份。
- 三、負責人國民身分證正背面影本（負責人非本國籍時，檢附居留證或護照影本）及下列證件影本各 2 份：
 - （一）工廠：工廠登記有關證明文件或設立許可相關證明文件。
 - （二）礦場：礦場登記證、採礦或探礦執照。
 - （三）鹽場、農場、牧場、林場、茶場：登記證書或有關認定證明文件。
 - （四）交通事業：運輸業許可證或有關證明文件。
 - （五）公用事業：事業執照或有關證明文件。
 - （六）公司、行號：公司登記證明文件或商業登記證明文件。
 - （七）新聞事業、文化事業、公益事業、合作事業、農業、漁業、職業訓練機構及各業人民團體：立案或登記證明書。
 - （八）其他事業單位：目的事業主管機關核發之執業證照或有關登記、核定或備查證明文件。
 - （九）勞工職業災害保險及保護法第 6 條第 3 項第 3 款及第 9 條第 1 項第 1 款所定雇主：僱用契約書或證明文件。
 - （十）不能取得前項各款規定之證件者，應檢附稅捐稽徵機關核發之扣繳單位設立（變更）登記書或使用統一發票購票證辦理。

參、請按投保單位所在地以掛號郵寄（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。

全民健康保險法第 10 條第一、二、三類被保險人	
第一類	
第一目	政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員公、民營事業、機構之受僱者。
第二目	
第三目	前二目被保險人以外有一定雇主之受僱者。
第四目	雇主或自營作業者。
第五目	專門職業及技術人員自行執業者。
第二類	
第一目	無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。
第二目	參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。
第三類	
第二目	無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿 15 歲以上實際從事漁業工作者。

郵寄單位及地址

投保單位所在地

健保署
分區業務組

勞 動 部 勞 工 保 險 局	：臺北市中正區羅斯福路一段 4 號	臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金馬地區	臺北業務組
衛生福利部中央健康保險署北區業務組	：桃園市中壢區中山東路三段 525 號	桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣	北區業務組
衛生福利部中央健康保險署中區業務組	：臺中市西屯區市政北一路 66 號	臺中市、南投縣、彰化縣	中區業務組
衛生福利部中央健康保險署南區業務組	：臺南市中西區公園路 96 號	雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市	南區業務組
衛生福利部中央健康保險署高屏業務組	：高雄市前金區中正四路 259 號	高雄市、屏東縣、澎湖縣	高屏業務組
衛生福利部中央健康保險署東區業務組	：花蓮縣花蓮市軒轅路 36 號	花蓮縣、臺東縣	東區業務組