

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)

本單位係 ☐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 _____

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(114年1月1日起投保金額最低不得低於40,100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：

負責人姓名及身分證字號：

單位聯絡電話：

負責人私章

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日申報