

# 第一類投保單位負責人為自營作業者聲明書

本單位為獨資事業單位，負責人\_\_\_\_\_（身分證號 \_\_\_\_\_），行號主要業務內容為\_\_\_\_\_，自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日起未僱用有酬人員幫同工作，負責人已取得相關職業工會（\_\_\_\_\_ 職業工會）會員身分參加全民健康保險，若有不實，願由貴署依全民健康保險法第 88 及 91 條規定，「除追繳保費外並處新台幣 3 千元以上，1 萬 5 千元以下罰鍰，並追溯自合於投保條件之日補辦投保」，絕無異議。

此致

衛生福利部中央健康保險署北區業務組

單位名稱：

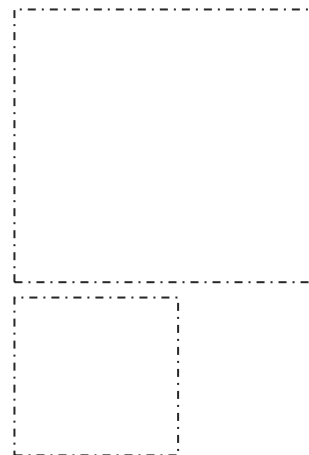
用印：

單位代號：

負責人(聲明人)姓名：

連絡電話：

用印：



中華民國

年

月

日