聲明書

【 追溯退保（轉出）用】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 身分證號 | 離職日 | 地址 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

茲證明本單位上列員工＿ 人，確實已依所載「離職日」離職，因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_致健保未申報退保(轉出)，且尚無法舉證相關勞保加、退保紀錄或薪資申報扣繳證明，謹請貴分區業務組追溯辦理彼等健保退保（轉出）手續。
 上列聲明如有不實，請逕依全民健康保險法第15 條規定，追溯在本單位辦理加、退保及同法第20、27、29、30、35 條規定摯開繳款單，若可歸責於本單位願受同法第84條規定按應繳納之保險費處以二倍至四倍之罰鍰。

 此致
中央健康保險署東區業務組

請蓋公司章

投保單位代號：

投保單位名稱：

負責人姓名：

身分證字號：

聯絡電話：

請蓋負責人章

中 華 民 國 年 月 日