

合夥負責人調降投保金額聲明書(專技 1 適用)

本單位為合夥經營之事業單位

合夥人姓名：_____為本單位合夥負責人，每月執行業務所得未達投保金額分級表最高一級，自行切結申報投保金額為_____元(最低不得低於45,800元)。

(合夥負責人印章)

合夥人姓名：_____為本單位合夥負責人，每月執行業務所得未達投保金額分級表最高一級，自行切結申報投保金額為_____元(最低不得低於45,800元)。

(合夥負責人印章)

合夥人姓名：_____為本單位合夥負責人，每月執行業務所得未達投保金額分級表最高一級，自行切結申報投保金額為_____元(最低不得低於45,800元)。

(合夥負責人印章)

以上之投保金額確實覈實申報且未低於所屬員工之最高投保金額，如有不實，願接受貴署依全民健康保險法規定逕予調高投保金額並處以罰鍰，絕無異議。

此致

衛生福利部中央健康保險署(高屏業務組)

投保單位代號：

投保單位名稱：

負責人姓名：

身分證統一編號：

(負責人印章)

(單位印章)

中 華 民 國 年 月 日 填 報