

全民健康保險專門職業及技術人員 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專技人員投保金額)

- 本單位係
- 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)
 - 復業之單位(復業核准日期____年____月____日)
 - 其他 _____

因尚無執行業務所得核定通知書，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 **33,300** 元：

會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師等自行執業者身分(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)。

非屬會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師之專門職業及技術人員自行執業者

1 單位僱用員工滿五人(含五人)(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)。

2 單位僱用員工未滿五人(投保金額最低不得低於 34,800 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保險之投保薪資及勞工退休金月提繳工資)。

3 單位未僱用員工(投保金額最低不得低於 33,300 元，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 貴局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

行政院衛生署中央健康保險局(臺北業務組)

投保單位圖記

投保單位負責人印章

投保單位代號：180004960

投保單位名稱：中華民國保險經紀人公會

營利事業統一編號：48965220

投保姓名及身分證字號：_____

印章

單位聯絡電話：02-27833807

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日申報

1060101 修訂版