

調整投保薪資申請書

■為維護會員權益，敬請詳填申請內容■

會號：_____ 申請日： 年 月 日 連絡電話：_____

姓名：_____ 身份證號：_____ 出生年月日： / /

自上述申請日起薪調，並依勞保局規定於申請日起次月1日生效。

原投保薪資為\$_____ 申請調整投保金額為\$_____

※原投保薪資為前一年度投保金額。

會員薪調權益說明

1. 欲調整薪資之會員，須加保滿12個月或前次調整保額滿12個月以上。
2. 經調整後如需補繳差額，本會將另寄繳費通知請另行補繳。
3. 於本會加保未滿12個月或調幅超過15%以上者，請先電話詢問會務人員，以利調整投保薪資。
4. 按勞工保險條例施行細則第三章第28條之規定，於住院醫療期間不得申請薪調。
5. 本人確實瞭解『98.8.31 保承職字第09860486480號函文』內容，並無違其規定。

此致 臺北市勞動力服務人員職業工會

會員簽名：_____

每一15%薪調的上限金額排列，下調亦同

1	23800	24000	25200	26400	27600	28800	30300	31800	33300	34800	36300	38200	40100	42000	43900	45800
2	26400	27600	28800	30300	30300	31800	34800	36300	38200	38200	40100	43900	45800	45800	45800	
3	30300	30300	31800	34800	34800	36300	38200	40100	43900	43900	45800	45800				
4	34800	34800	36300	38200	38200	40100	43900	45800	45800	45800						
5	38200	38200	40100	43900	43900	45800	45800									
6	43900	43900	45800	45800	45800											
7	45800	45800														

工會會址：臺北市大安區新生南路1段155號5樓

電話：02-2707-7727

傳真：02-2755-4781

標 號
保存年限

勞工保險局 函

機關地址：10013台北市中正區羅斯福路1段4號
承辦單位：承保處職法團體科
聯絡方式：(02)23961266分機2001
受理號碼

受文者：貴職業工會

發文日期：中華民國98年8月31日
發文字號：保承職字第09860486480號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：

主旨：貴會於申報被保險人投保薪資調整時，請確實依勞工保險條例規定，嚴實審查被保險人薪資收入是否確已達到所申報之投保薪資等級，並請被保險人親至 貴會辦理，以保障被保險人權益，請 查照。

說明：
一、依據勞工保險監理委員會98年6月10日保監爭字第0980060355號函辦理。
二、依據上開勞工保險監理委員會函載，該會當發現有職業工會每年申報調高會員投保薪資百分之十五（含以內）之情形，卻於數年後遭本局依勞工保險條例相關規定予以刪除，造成爭議情事，請本局加強宣導。
三、為避免被保險人實際薪資收入未有增加或於因病住院、審定失能前或重病治療期間卻調高投保薪資等異常情形，請 貴會協助轉知所屬被保險人，如其從事本業工作之實際月收入總額確有增加，始得按申報日前實際從事本業工作之最近三個月平均收入總額，依勞工保險投保薪資分級表由 貴會嚴實申報調整，不得以少報多。

四、又 貴會於申報所屬被保險人投保薪資調整時（含百分之十五以內），請嚴實審查其薪資收入是否確有達到所申報之投保薪資等級，並請儘量由被保險人親至 貴會辦理，以切結或備具說明書方式敘明，其薪資收入確已達到所申報之投保薪資等級，以免事後至核發現有因病住院中薪資調整與勞工保險條例相關規定不符，經本局註銷其投保薪資調整，保險費不予退還，影響被保險人權益之情事。

五、本案相關法令規定如下：

- (一) 依照勞工保險條例第14條規定，月投保薪資係指由投保單位按被保險人之月薪資總額，依投保薪資分級表之規定向本局申報之薪資。
- (二) 依照勞工保險條例施行細則第28條第1項規定，因傷病住院之被保險人及依本條例第9條第1款、第3款、第5款及第9條之一或性別工作平等法第16條第2項規定繼續加保者，於加保期間不得調整投保薪資。

正本：貴職業工會(共計約3300個單位)
副本：勞工保險監理委員會、本局辦事處總管理室、各辦事處、電話服務中心、承保處職法團體科-16268、70306

代理總經理 羅五湖