**馬偕醫學院學生參與專題研究計畫**

**基本資料表**

|  |
| --- |
| **身 份 證 黏 貼 處** |
| **正 面** | **反 面** |

|  |
| --- |
| **存摺正面影印本黏貼處** |
| **正 面** |

**馬偕醫學院學生參與專題研究計畫助學金**

**撥款清冊**

|  |
| --- |
|  **學 生 姓 名：** 系別： □醫學系 □護理系 □聽語系　 |
| **身分證字 號** |  | **戶籍地址** |  |
| **本人郵局局號** | □□□□□□－□ | **本人郵局帳　　號** | □□□□□□－□ |
| **本人銀行帳號** **(郵局或帳號擇一填寫)** |  |
| **年度** | **工作時間****(月份)** | **薪 資** | **代扣稅額** | **代扣補充健保費** | **實領金額** | **備 註** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **合 計** |  |  |  |  |  |

 **說明：本表請粘貼於黏貼憑證用紙上簽核。**

**大專學生無專職工作聲明書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名： | 身分證號： | 出生日期：年 月 日 |
| 就讀學校：（專科學校或大學學士班） | 年級： |
| 給付所得單位（以下簡稱貴單位）： |

本人未以專職員工身分參加健保，且受領 貴單位之（兼職）薪資所得，未達中央勞工主管機關公告之基本工資，依全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法第4條第3項第7款規定，請 貴單位免扣取本人補充保險費，謹依照該辦法第5條第1項第7款規定，提具下列證件，以資證明。如有不實，願依全民健康保險法暨相關法律規定處理，特此聲明。
🞏最近一學期之學校註冊單

🞏蓋有註冊章之學生證

聲明人： 簽章

中華民國 年 月 日