文藻外語大學

被保險人留職停薪選擇續(退)保同意書

|  |  |
| --- | --- |
| 保險類別 | □公保人員健保(續保公保人員可選)  □團體保險 |
| 被保險人姓名 |  |
| 職編 |  |
| 生日 |  |
| 身分證/居留證字號 |  |
| 起訖日期  (依留停期間) | 自　　　年　　　月　　　日  至　　　年　　　月　　　日 |
| 選擇續(退)保 | □自付全部(個人及雇主)保險費繼續參加本保險(含眷屬)。  □退保(含眷屬)，無須繳費。 |
| 繳費方式 | □至本校出納組繳費。  □匯款至本校玉山銀行帳戶。 |
| 立同意書人簽名 |  |
| 填寫日期 | 年　　　月　　　日 |
| ※親筆簽名後，掃瞄成 pdf 檔並 email ps1002@mail.wzu.edu.tw 辦理。 | |