德育學校財團法人德育護理健康學院
免扣健保補充保費聲明書

本人_____，身分證字號：_____，茲因下列情形，符合全民健康保險法第 32 條規定，主動告知貴單位本人免扣取補充保費，謹依照該辦法規定，提具證件，以資證明。若本人免扣取身分變更時，將主動告知貴單位。如有不實，願依全民健康保險法暨相關法律規定負起法律責任。

，兼職收入超過基本工資，需代扣補充保費。

符合項目（請勾選）	免扣取對象	證明文件
	無投保資格者	無投保資格者：主動告知後，由扣費義務人向健保局確認。
	第 5 類被保險人（合於社會救助法規定之低收入戶成員）	鄉(鎮、市、區)公所核發的有效低收入戶證明。
	第 2 類被保險人（無一定雇主或自營作業而參加職業工會者）	職業工會出具的在保證明或繳費證明。
	專門職業及技術人員自行執業者（以執行業務所得為投保金額）	投保單位出具的在保證明。
	自營作業而參加職業工會者（以執行業務所得為投保金額）	職業工會出具的在保證明或繳費證明。
	兒童及少年	身分證明文件。
	中低收入戶	鄉(鎮、市、區)公所核發的有效中低收入戶證明。
	中低收入老人	社政機關核定之證明文件。
	領取身心障礙者生活補助費	社政機關核定之證明文件。
	勞工保險投保薪資未達基本工資之身心障礙者	社政機關核發有效期限內之身心障礙手冊或證明及勞工保險證明文件。
	符合健保法第 100 條所定之經濟困難者	經濟困難之證明(依全民健康保險經濟困難認定標準認定) 。

聲 明 人：　　簽章

連絡電話：

中 華 民 國　　年　　月　　日