

聲明書

【 追溯退保（轉出）用】

姓 名	身 分 證 號	離 職 日	地 址

茲證明本單位上列員工_____人，確實已依所載「離職日」離職，因尚無法舉證相關勞保加、退保紀錄或薪資申報扣繳證明，謹請 貴分區業務組追溯辦理彼等退保（轉出）手續。

上列聲明如有不實，請逕依全民健康保險法第 15 條規定，追溯在本單位辦理加、退保及同法第 20、27、29、30、35 條規定摺開繳款單，若可歸責於本單位願受同法第 84 條規定按應繳納之保險費處以二倍至四倍之罰鍰。

此致

中央健康保險署中區業務組

投保單位代號：

投保單位名稱：

負責人姓名：

身分證字號：

聯絡電話：

請蓋公司章

請蓋負
責人章

中 華 民 國

年

月

日