

新北市才藝教學服務人員職業工會

會員編號：

調整生效日：_____年_____月_____日 *【自115年1月1日起適用，調整薪資建議書】

同意欄	等級	投保薪資	勞保費	健保費	每月費用	每季費用
	1	29500	2057	915	3172	9516
	2	30300	2113	940	3253	9759
	3	31800	2217	986	3403	10209
	4	33300	2322	1033	3555	10665
	5	34800	2426	1079	3705	11115
	6	36300	2531	1126	3857	11571
	7	38200	2664	1185	4049	12147
	8	40100	2796	1244	4240	12720
	9	42000	2928	1303	4431	13293
	10	43900	3061	1362	4623	13869
	11	45800	3193	1421	4814	14442

1.投保滿一年且未做薪資調整者可調整15%內薪資等級。

2.當月份作薪資調整於次月份開始生效。

本人向工會申請調整投保薪資，並特此申明

調整期間如有因病住院、審定失能前，應主動告知工會暫停調整薪資，否則經勞保局審查，一切損失將自行負責，已清楚無誤且無異議同意。

申請人簽名：

身分證字號：

代辦人簽名：

填妥請傳真：(02)8285-5847

LINE ID:@nhz2158r

中華民國_____年_____月_____日

新北市才藝教學服務人員職業工會

會員編號：

調整生效日：_____年_____月_____日 *【自115年1月1日起適用，調整薪資建議書】

同意欄	等級	投保薪資	勞保費	健保費	每月費用	每季費用
	1	29500	2057	915	3172	9516
	2	30300	2113	940	3253	9759
	3	31800	2217	986	3403	10209
	4	33300	2322	1033	3555	10665
	5	34800	2426	1079	3705	11115
	6	36300	2531	1126	3857	11571
	7	38200	2664	1185	4049	12147
	8	40100	2796	1244	4240	12720
	9	42000	2928	1303	4431	13293
	10	43900	3061	1362	4623	13869
	11	45800	3193	1421	4814	14442

1.投保滿一年且未做薪資調整者可調整15%內薪資等級。

2.當月份作薪資調整於次月份開始生效。

本人向工會申請調整投保薪資，並特此申明

調整期間如有因病住院、審定失能前，應主動告知工會暫停調整薪資，否則經勞保局審查，一切損失將自行負責，已清楚無誤且無異議同意。

申請人簽名：

身分證字號：

代辦人簽名：

填妥請傳真：(02)8285-5847

LINE ID:@nhz2158r

中華民國_____年_____月_____日