

國立虎尾科技大學

「蒐集個人資料告知聲明」暨「二代健保代扣」同意書

【本表適用對象：非以虎科大為投保單位之個人(含校內外籍生及僑生)】

國立虎尾科技大學(以下簡稱本校)為配合『個人資料保護法』及『全民健康保險法(二代健保)』之施行，且為使行政流程有效落實並保障您的權益，請務必詳閱以下說明後同意簽名(或蓋章)。若您未滿二十歲，應於您的法定代理人閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容後，方得使用本服務，但若您已接受本服務，視為您已取得法定代理人之同意，並遵守以下所有規範。

- 一、本校依「個人資料保護法」第8條規定，於蒐集您的個人資料時告知下列事項：
 - (一) 本校為辦理人事管理、稅務、付款、扣繳健保補充保險費等業務之目的，須蒐集您的姓名、身分證字號、護照號碼、居留證號、學號、聯絡方式(電話、e-mail、戶籍及通訊地址)、金融機構帳號及戶名、存摺封面影本、證件影本等個人資料【個人資料類別代碼：C001、C002、C003、C011、C021、C023、C033】。
 - (二) 本校將於台灣地區(包括澎湖、金門及馬祖等地區)利用您的個人資料；利用期間及方式為即日起 10 年內進行各項聯繫及通知(電子郵件、電話、書面)、付款、政府機關公務利用。
 - (三) 您得依「個人資料保護法」第3條就您的個人資料行使請求查閱、補充、更正、製給複製本及請求停止蒐集、處理、利用及請求刪除等權利，行使方式請逕洽蒐集您個人資料之校內單位(電話代表號：05-6315000)。但因您行使上述權利而導致權益受損時，本校將不負相關賠償責任。
 - (四) 本校於蒐集您的個人資料時，如有欄位未填寫或資料未提供，則可能對付款、稅務及健保處理有所影響。
- 二、同意本校依『全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法』規定，於支付您薪資所得、執行業務收入、租金收入時，先行代扣個人補充保險費，俟經本校後續查核驗證個人得免扣取補充保險費資料，完成行政程序後，予以辦理退費作業，並不得異議：
 - (一) 105 年實施補充保險費率為 1.91%，另保險費率均依主管機關公告費率調整。(以下所稱「補充保險費率」者均適用)
 - (二) 配合衛生福利部在 104 年 12 月 2 日修正發布「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」第 4、12 條條文，自 105 年 1 月 1 日起單次支付各類所得扣取補充保險費下限如下調整：
 - (1) 本校於支付您「兼職薪資所得」時，單次給付金額達基本工資者(自 104 年 7 月 1 日起調整為 20,008 元)，按「給付金額×補充保險費率」扣取個人補充保險費。
 - (2) 本校於支付您「執行業務所得」、「租金收入」時，單次給付金額達 20,000 元(含)者，按「給付金額×補充保險費率」扣取個人補充保險費。
- 三、同意配合本校先行代扣個人補充保險費後，若您符合以下條件，則屬免扣取個人補充保險費之對象，已知悉以下第四、點所列之退費方式：

項目	免扣取情形	應檢附資料(證明文件正本)
1	專門職業及技術人員自行執業者、無一定雇主或自營作業而參加職業工會者之「執行業務收入」	◎ <u>以專門職業技術人員身分參加保險者</u> ：投保單位出具之證明資料 ◎ <u>在工會投保者</u> ：職業工會出具的在保證明或繳費證明
2	第二類被保險人之「薪資所得」	投保單位出具之證明資料(職業工會出具在保證明或繳費證明)
3	第五類被保險人之「各類所得」	社政機關核定有效期限內之低收入戶證明文件
4	未具投保資格或喪失投保資格者之「各類所得」。	主動告知後，由虎科大向健保局確認。
5	中低收入戶成員、中低收入老人、接受生活扶助之弱勢兒童與少年、領取身心障礙生活補助費者、特殊境遇家庭之受扶助者及符合全民健康保險法第一百條所定之經濟困難者，單次給付未達中央勞動主管機關公告基本工資之「執行業務收入」或「租金收入」。	◎ <u>中低收入老人、接受生活扶助之弱勢兒童與少年、領取身心障礙生活補助費者、特殊境遇家庭之受扶助者</u> ：社政機關開立之審核資格核定函。 ◎ <u>符合全民健康保險法第一百條所定之經濟困難者</u> ：保險人出具有效期限內之經濟困難者證明文件。

四、若您屬於免扣繳個人補充保費之情形，且經本校先行代扣您個人之補充保費，可依下列方式辦理退費：

- (一) 本校主動辦理退費：於每月上傳資料至健保局網站查驗時，若於健保局系統查驗您屬於免扣繳之身份，本校將依規定主動辦理退費。
- (二) 自行申請退費：若本校未於扣費後3個月內辦理退費，您可檢附免扣繳身份之證明文件，於扣取日次月起6個月內填寫本校二代健保個人補充保險費退費申請書向本校申請退還，或由本校代收『全民健康保險退費申請表』及相關證明文件，由本校轉送健保局申請退費；若您未能於扣取日次月起6個月內向本校申請退費，則依『全民健康保險扣取及繳納補充保費辦法』第9條，直接向全民健康保險局申請退還。

五、依據『全民健康保險扣取及繳納補充保費辦法』第九條規定，您同意本校對於少扣之補充保險費，得於事後向您追償。

當您親自簽章完成後，即視為您已詳閱並了解本同意書的內容，且同意遵守所有事項，謝謝。

立同意書人： (簽名或蓋章)

聯絡電話：

聯絡地址：

※若您為本校學生，請再填寫以下資訊：

就讀系所：

學號：

填寫日期：中華民國 年 月 日