

調整生效日：_____年_____月_____日*【自114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	28590	2000	887	3087	9261
	2	28800	2015	893	3108	9324
	3	30300	2120	940	3260	9780
	4	31800	2225	986	3411	10233
	5	33300	2330	1033	3563	10689
	6	34800	2434	1079	3713	11139
	7	36300	2540	1126	3866	11598
	8	38200	2673	1185	4058	12174
	9	40100	2805	1244	4249	12747
	10	42000	2938	1303	4441	13323
	11	43900	3071	1362	4633	13899
	12	45800	3204	1421	4825	14475

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。

3. 本人親自辦理調整 ☐是 ☐否

4. 調整期間人在國外☐是 ☐否或因病住院 ☐是 ☐否

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。

本人簽名：_____ 身分證字號：_____

受託人簽名：_____ 填妥請回傳：02-8285-5847

地址：247 新北市蘆洲區長安街 267 巷 7 弄 1 號 1 樓 (02)2848-8000

中華民國

年

月

日