**標示**※**欄位，為必填欄位** **桃園市龍潭區武漢國民小學【就職報到單】**

※報到填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本資料 | ※姓 名 |  | | ※身分證號 | | |  | | | | ※E-mail | | |  | | | | 無雙重國籍  ※切結簽名 |
| ※出生日期 | 年 月 日 | | ※聯絡電話 | | | 住宅：  手機： | | | | ※緊急聯絡人電話 | | | 姓名：　　　　　　關係：  電話： | | | |
| ※聯絡住址 | □□□□□ | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 人事 | ※最高學歷 | □大學 □碩士 □博士 | | | 初任日期 | | | 年 月 日 | | (最近一次成績考核)薪資俸點 | | 元  +  □全發  □8成  學術研究費  +  其他： | | | ※是否具備教師證書？  □否，□是🡪登記科目及字號： | | | |
| ※畢業學校  (科系所) |  | | | 到職日期 | | | 年 月 日 | | ※是否具備以下證照？□均無  □本土語言 □英文 □學分  □教學支援工作人員工作證書 | | | |
| 出納幹事午餐資訊 | ※得加健保者**是否有眷屬需隨同加保**：□**有**眷屬需一併加保🡪如有眷屬一併加保，請一併填入「健保加保申請單」(如背面)  ※得加健保者**是否有眷屬需隨同加保**：□**無**眷屬需一併加保  ※需隨同**眷屬有無特殊減免**：□有(ex:滿65歲、身障手冊，請檢附相關文件予人事室) □無 (備註：於本校每週固定授課12節以上，始得加健保。) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 汽車車號（本校汽車借停對面三村停車場有數量限制，需綁定eTag）： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※郵局帳號 | | ※退撫基金 | | | | | | ※所得稅 | | | | ※參加校內營養午餐 | | | | 公務信箱帳號設定 | |
| 局號：  帳號：  是否辦理優存：  □是(正式才有，請附存摺) □否  金額以仟為單位： 元 | | 參加 □退撫基金  □退撫儲金（1120801初任人員）  **是否自願增加提繳退撫儲金費用**  □是 **％**（5.25%為上限）  □否 | | | | | | □依規預扣(本校發放薪資，原則依法規辦理所得5%預扣，無異議請勾此項)  □按表扣：(不欲預扣請勾此項，並請向出納組長索取「免稅額申報表」填具繳交，未填具繳交一律依規預扣) | | | | □是**（□葷食□素食）** (鐘點教師請圈星期一、二、三、四、五用餐)  □否 | | | | (正式人員才需填寫)(**英文或數字自行設定**，本校資訊組長將以此帳號設定給予本校公務信箱，ex：[自設帳號@whps.tyc.edu.tw](mailto:自設帳號@whps.tyc.edu.tw)，做為學校公務聯繫之用) | |
| 到職原因 | □ 新進正式教師。  □ 市內外介聘。【原任學： 】。  □ 代理教師 】。  □ 代課鐘點教師 】。  □ 教學支援工作人員 】。  □ 其他【 】。 | | | | | 出納組 | | |  | | 午 餐 | |  | | | 資訊組 |  | |
| 幹 事 | | |  | | 教務處 | |  | | | 校 長 | | |
| 事務組 | | |  | | 學務處 | |  | | |  | | |
| 會計室 | | |  | | 總務處 | |  | | |
| 人事室 | | |  | | 輔導室 | |  | | |
| 備註：一、新進正式教師應檢附資料，另參見【應繳人事資料一覽表】二、初任教師凡屬85.02.01以後國中小代理實缺年資及87.06以後服役年資，請於到職二月內檢證申辦購買退撫年資（八十八年十月十一日以後合格教師經折抵實習不得購買）；逾期自身權益受損、請注意配合時效 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**桃園市龍潭區武漢國民小學【健保加、退保申請書】**

本人(及眷屬，如下表所列)

擬自 年 月 日起，□於本校參加全民健康保險 □不於本校參加全民健康保險。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人或眷屬姓名 | 身分證字號 | 出生年月日 | 加 退 保 | 原 因 | 原因發生日期 |
|  |  | 年 月 日 | □ 加保  □ 轉出退保 |  |  |
|  |  | 年 月 日 | □ 加保  □ 轉出退保 |  |  |
|  |  | 年 月 日 | □ 加保  □ 轉出退保 |  |  |
|  |  | 年 月 日 | □ 加保  □ 轉出退保 |  |  |

申 請 人：

身份證號：

填表日期：中華民國 年 月 日

備註1:調職人員，請檢附原加保單位健保轉出申報表1份‧

備註2:新生兒，請檢附戶口名簿或戶籍謄本影本1份。

備註3:國外返臺，請檢附護照(照片資料頁)影本1份。

郵局存摺影本黏貼處