|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **新進員工薪資確認單** | | | |
|  | | **填寫日期\*：** | |
| **員工姓名\*** |  | **所屬部門\*** |  |
| **支薪起始日\*** |  | **薪資條分類\*** |  |
| **是否為外籍勞工\*** |  | | |
| **基本薪資** | | | |
| **本薪\*** |  | **平均每小時工資額\*** |  |
| **保險資訊** | | | |
| **健保投保金額** | **加保眷屬\_\_人** | **健保投保日期** |  |
| **勞保投保金額** |  | **勞保投保日期** |  |
| **勞保申報金額** |  | | |

【備註事項】

1. 請依實際狀況填寫表單，並請部門主管簽名後，再由人事部最高主管簽核。
2. 請在健保投保金額欄位，填完健保投保金額後，請幫忙特別註明是否有加保眷屬，如有加保眷屬，請註明加保眷屬幾人。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 人事部最高主管： | 部門主管： | 申請者： |