107年度計畫類學習型兼任助理團保加保需求單

計畫主持人(簽章)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 學號 | 被保人 | 計畫編號 | 投保起始月份 | 保期 |
| 1 |  |  |  | □4月 □5月 □6月□7月 □8月 □9月□10月 □11月 □12月 | □9個月 □8個月 □7個月 □6個月□5個月 □4個月 □3個月 □2個月□1個月 (保期不得跨越會計年度) |
| 2 |  |  |  | □4月 □5月 □6月□7月 □8月 □9月□10月 □11月 □12月 | □9個月 □8個月 □7個月 □6個月□5個月 □4個月 □3個月 □2個月□1個月 (保期不得跨越會計年度) |
| 3 |  |  |  | □4月 □5月 □6月□7月 □8月 □9月□10月 □11月 □12月 | □9個月 □8個月 □7個月 □6個月□5個月 □4個月 □3個月 □2個月□1個月 (保期不得跨越會計年度) |
| 4 |  |  |  | □4月 □5月 □6月□7月 □8月 □9月□10月 □11月 □12月 | □9個月 □8個月 □7個月 □6個月□5個月 □4個月 □3個月 □2個月□1個月 (保期不得跨越會計年度) |
| 5 |  |  |  | □4月 □5月 □6月□7月 □8月 □9月□10月 □11月 □12月 | □9個月 □8個月 □7個月 □6個月□5個月 □4個月 □3個月 □2個月□1個月 (保期不得跨越會計年度) |

※1.表格不敷使用時請自行增加。

 2.保險生效日為投保月份1日零時起。

 3.其他單位委辦計畫(A、K類計畫)保費不予補助。