|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 學號 | 被保人 | 計畫編號 | 投保起始月份 | 保期 |
|  |  |  |  | 114年 月起 |  個月(保期不得跨越會計年度) |
|  |  |  |  | 114年 月起 |  個月(保期不得跨越會計年度) |
|  |  |  |  | 114年 月起 |  個月(保期不得跨越會計年度) |
|  |  |  |  | 114年 月起 |  個月(保期不得跨越會計年度) |
|  |  |  |  | 114年 月起 |  個月(保期不得跨越會計年度) |
|  |  |  |  | 114年 月起 |  個月(保期不得跨越會計年度) |
|  |  |  |  | 114年 月起 |  個月(保期不得跨越會計年度) |
|  |  |  |  | 114年 月起 |  個月(保期不得跨越會計年度) |
|  |  |  |  | 114年 月起 |  個月(保期不得跨越會計年度) |
|  |  |  |  | 114年 月起 |  個月(保期不得跨越會計年度) |

 114 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)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

※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。