|  |
| --- |
| 收 據  受領人： 職稱： 服務單位：  費用別：□鐘點費(□內聘□外聘) □出席費 □撰稿費 □主持費 □演講費  □交通費(搭乘：　　 起訖：　　-　　)□工作費 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  受領事由：  日期、時間：  計算方式： 元（數量\*單價）  金額：新臺幣　 　萬　 　仟　 　佰　　 拾　 　元整（請用大寫書寫）  此致  ○ ○ ○ **『**請填寫申請單位全銜**』**  受領人： （簽章）  身分證字號：  戶籍地址： |
| 中 華 民 國 年 月 日 |

說明：

1. 依據二代健保法規定：領取非固定薪資（例：兼職薪資所得、執行業務收入）等，單筆**20,008元（含）以上**，給付時需就源扣繳補充保險費(2％)，並於次年度開立各類所得扣繳補充保險費證明單(含扣費明細)，俾憑辦理綜合所得申報。
2. **外籍人士請附護照影本、居留證影本等相關證明文件。**