



公 教 人 員 保 險 被保險人育嬰留職停薪選擇續(退)保同意書

為保障您的權益，請詳閱以下說明再行選填：

- 一、被保險人因育嬰申請留職停薪時，應選擇於留職停薪期間「續保」或「退保」，並自留職停薪生效日起 60 日內填具同意書一式 2 份，1 份由要保機關存查，1 份由要保機關併同異動名冊送公教保險部辦理。一經選定後，不得變更。
- 二、被保險人留職停薪期滿之日，接續於同一要保機關以同一事由（即同一子女）辦理留職停薪或延長留職停薪期限時，不得變更原選擇之續(退)保方式。
- 三、選擇續(退)保之保險權益：
 - (一) 選擇續保者：
 - 1、僅須繳納自付部分保險費，並得選擇按月或遞延 3 年繳納。
 - 2、留職停薪期間計列為保險有效年資。
 - 3、留職停薪期間如發生保險事故，得請領保險給付。
 - (二) 選擇退保者：
 - 1、停止繳納保險費，日後不得要求補繳留職停薪期間之保險費改辦續保。
 - 2、留職停薪期間無保險年資。
 - 3、留職停薪期間如發生保險事故，不得請領保險給付。
- 四、選擇續保之被保險人，續保期間同時參加其他職域社會保險者，應自重複加保之日起 60 日內，申請溯自參加其他職域社會保險之日起退保，並得退還其所繳之保險費；退出後不得再選擇加保。未申請退保或逾限申請者，其重複加保期間發生保險事故，不予給付；該段年資除得併計成就請領本保險養老給付之條件外，亦不予採認；其所繳之保險費，不予退還。
- 五、選擇續保之被保險人，逾 60 日未繳納其應自付保險費，或未繳納依法遞延繳納之自付部分保險費者，應溯自未繳納保險費之日起，視為退保。其於欠繳保險費期間發生保險事故所領取之保險給付，應依法追還。

被 保 險 人 姓 名											
身 分 證 統 一 編 號	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
嬰 兒 出 生 日 期	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">日</td> </tr> </table>		年	月	日						
	年	月	日								
留 職 停 薪 起 訖 日 期	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">自</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">至</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">日</td> </tr> </table>	自	年	月	日	至	年	月	日		
自	年	月	日								
至	年	月	日								
選 擇 續 (退) 保	<input type="checkbox"/> 續保 <input type="checkbox"/> 退保										
保 險 費 繳 納 方 式 (退 保 人 員 免 填)	<input type="checkbox"/> 按月 <input type="checkbox"/> 遞延										

立 同 意 書 人： (簽名或蓋章)

聯 絡 地 址：

聯 絡 電 話：

服 務 機 關 (構) 學 校：

填 寫 日 期： 年 月 日