

正本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

320

桃園市中壢區裕民街24號5樓之5



5

地址：(北區業務組)桃園市中壢區中山東路3段  
525號

聯絡人：郭小姐

聯絡電話：03-4339111 分機：2008

傳真：03-4381810

電子郵件：C130009@nhi.gov.tw

受文者：社團法人桃園市地政士公會

發文日期：中華民國115年8月11日

發文字號：健保桃字第1158308381號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明四

主旨：為使貴會會員瞭解專門職業及技術人員投保全民健康保險相關規定，以確保其投保權益，惠請貴會協助辦理宣導事宜，請查照。

說明：

- 一、按全民健康保險法（以下簡稱健保法）第10條、11條規定，專門職業及技術人員自行執業者（下稱專技人員）如具員工身分以受僱者身分投保外，應以第1類第5目被保險人身分加保；第1類被保險人不得為第2類（即職業工會會員）、第3類（即農、漁、水利會會員）亦不得為第6類（無職業地區人口）被保險人，且具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。
- 二、鑑於部分專技人員對健保法相關投保規定尚不熟悉，致未依其適法身分投保，查核或申報後始衍生補辦加保及追繳保費等情事。為協助所屬會員瞭解相關規定，敬請貴會協助將本

宣導資料提供新入會會員，透過張貼公告、公會網站、電子郵件或其他適當方式轉知所屬會員，以擴大宣導效益。

三、如會員對全民健康保險投保資格、投保身分或相關規定有疑義，請洽本署北區業務組專案承辦人電話（03）4339111轉分機2008郭小姐，以瞭解適用規定並及時辦理投保事宜，確保自身健保權益。

四、檢附「專門職業技術人員自行執業者健保投保須知及如何辦理單位成立」宣導資料1份(如需電子檔請來電索取)，惠請貴會協助辦理。

正本：社團法人桃園市地政士公會  
副本：

署長陳亮好



# 專門職業及技術人員自行執業者健保投保須知

◆ 依專門職業及技術人員考試法或其他法規取得執業資格之人員，應以下列身分投保：

**受僱者**

政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員、公民營事業或有一定雇主之受僱者應於服務處所，以第1類第1目至第3目身分投保。

**自行執業者**

於自行執業單位，以第1類第5目身分投保。

小叮嚀：第1類被保險人不得為第2類被保險人，所以專技自行執業者應以第1類被保險人身分投保，不得在第2類職業工會投保。

## 1

### 投保金額申報規定

**受僱者**

以薪資所得為投保金額

**自行執業者**

以執行業務所得為投保金額

**自行執業者**

會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師等6類

應以投保金額最高一級313,000元申報，未達最高一級者，可自行舉證調降，自行舉證最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級（105年5月1日起為45,800元）。

有僱用員工之上開6類以外之專技人員

應以投保金額最高一級313,000元申報，未達最高一級者，可自行舉證調降，自行舉證最低不得低於公民營事業機構受僱者之平均投保金額（115年1月1日起為42,000元）。

未僱用員工之上開6類以外之專技人員

應以投保金額最高一級313,000元申報，未達最高一級者，可自行舉證調降，自行舉證最低為投保金額分級表第6級（115年1月1日起為36,300元）。

小叮嚀：投保金額均不得低於勞工退休金月提繳工資、勞工保險投保薪資、職業災害保險投保薪資及所屬員工申報之最高投保金額。

## 2

### 投保金額計算公式

**受僱者**

以其薪資所得計算投保金額

投保金額\*費率\*負擔比率(30%)\*(本人+眷屬人數) 眷屬人數最多以3口計算

**自行執業者**

以其執行業務所得計算投保金額

投保金額\*費率\*負擔比率(100%)\*(本人+眷屬人數) 眷屬人數最多以3口計算



衛生福利部中央健康保險署  
National Health Insurance Administration,  
Ministry of Health and Welfare



健保署  
粉絲團



健保署  
LINE@



APP  
下載

諮詢專線0800-030-598  
手機請撥02-4128-678  
網址<https://www.nhi.gov.tw/>

115.01  
廣告

表號：承表 A

全民健康保險投保單位成立申報表

|         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |       |  |        |  |      |  |        |  |                     |  |         |  |            |  |      |    |       |  |   |  |   |  |
|---------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--|--------|--|------|--|--------|--|---------------------|--|---------|--|------------|--|------|----|-------|--|---|--|---|--|
| 健保署填寫   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |       |  |        |  |      |  | 收件章    |  | 分區業務組               |  | 業務組     |  |            |  |      |    |       |  |   |  |   |  |
| 投保單位代號  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |       |  |        |  |      |  | 民國     |  |                     |  | 年       |  | 月          |  | 日    | 申報 |       |  |   |  |   |  |
| 登記核准設立日 |  | 單位名稱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 縣市    |  | 鄉鎮市區   |  | 郵遞區號 |  | 村里     |  | 路                   |  | 段       |  | 巷          |  | 弄    |    | 號     |  | 樓 |  | 室 |  |
| 成立生效日   |  | 單位地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 縣市    |  | 鄉鎮市區   |  | 郵遞區號 |  | 村里     |  | 路                   |  | 段       |  | 巷          |  | 弄    |    | 號     |  | 樓 |  | 室 |  |
| 屬性      |  | 單位通訊地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 縣市    |  | 鄉鎮市區   |  | 郵遞區號 |  | 村里     |  | 路                   |  | 段       |  | 巷          |  | 弄    |    | 號     |  | 樓 |  | 室 |  |
| 行業別     |  | 電子郵件信箱 (必填)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 負責人姓名 |  | 單位聯絡電話 |  | 傳真號碼 |  | 單位統一編號 |  | 單位統利扣繳編號 (或非營利扣繳編號) |  | 負責人行動電話 |  | 負責人身分證統一編號 |  |      |    |       |  |   |  |   |  |
| 說明      |  | <p>一、本表供投保單位新成立時填用，由投保單位填寫 1 份，連同保險對象投保申報表，併送衛生福利部中央健康保險署分區業務組。</p> <p>二、除政府機關、公立學校及公營事業的投保單位外，應檢附下列證件：</p> <p>(一) 負責人國民身分證正、背面影本。</p> <p>(二) 下列相關證件影本：</p> <p>1. 公司、行號應檢附公司登記證明文件或商業登記證明文件。</p> <p>2. 專門職業及技術人員自行執業者之投保單位，應檢附主管機關核發之專業證照及執業執照或開業執照 (證書)。國稅局核發之扣繳單位設立登記申請書 (統一編號編配通知書)。</p> <p>3. 外籍監護工之投保單位應檢附勞動部核准函及該外籍員工之外僑居留證 (或外國員工雇用名冊)。</p> <p>4. 以雇主為投保單位者 (如幫傭、保姆及私人僱用人員等)，雇主應檢附僱用契約書或證明文件。</p> <p>5. 其他投保單位應檢附目的事業主管機關核發的執業證照或有關登記、核定或備查證明文件。</p> <p>三、負責人申報投保金額低於最高一級者，須依規定檢附舉證文件 (成立未滿一年之單位，得以聲明書代替)；否則健保署暫先以最高一級核定，負責人嗣後得再申報調降。</p> <p>四、單位為受僱員工及負責人申報加保，員工之加保起始日為實際到職日，負責人若已於其他單位以負責人、員工身分加保者，得檢附在職及薪資所得證明文件，免於本單位申報加保。</p> <p>五、本表請以掛號郵寄 (請將掛號執據貼於存底聯保存) 或派人專送。</p> |  |       |  |        |  |      |  |        |  |                     |  |         |  |            |  |      |    |       |  |   |  |   |  |
| 投保單位名稱： |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |       |  |        |  |      |  | 健保署填用  |  |                     |  |         |  |            |  |      |    |       |  |   |  |   |  |
| 負責人：    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |       |  |        |  |      |  | 受理號碼：  |  |                     |  |         |  |            |  |      |    | 受理日期： |  |   |  |   |  |
| 經辦人：    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |       |  |        |  |      |  | 受理     |  |                     |  | 資料鍵錄    |  |            |  | 資料校對 |    |       |  |   |  |   |  |
| 歸檔批頁號   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |       |  |        |  |      |  |        |  |                     |  |         |  |            |  |      |    |       |  |   |  |   |  |

## 專門職業及技術人員自行執業者如何辦理單位成立

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 書面申請應填表單             | 一、投保單位成立申報表—A 表<br>二、保險對象投保申報表—D 表<br>三、保險對象投保金額調表—S 表                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 應備之證件                | 一、負責人身分證正、反面影本<br>二、主管機關核發之專業證照及執業執照或開業執照(證書)影本。<br>三、公會會員證影本(未有須加入公會始可執業之規定者，免附)<br>四、統一編號編配通知書影本(若無，免附)。<br>★如為合夥單位，請加附聯合執業合約書或合夥契約書(需另行公證者，加附公證書影本)、投保單位合夥人加保聲明書。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 健保法相關規定              | 一、依全民健康保險法(以下簡稱本法)第10、11、15條規定略以，專門職業及技術人員自行執業者為第一類被保險人，以其服務事業、機構或所屬團體(倘所屬公會尚未成立投保單位者，請自行向健保署申辦新成立單位)為投保單位。第一類被保險人不得為第二類、第三類、第四類及第六類被保險人於工、農、漁會及鄉、鎮、市(區)公所投保，且具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。<br>二、本法施行細則第11條規定略以，所稱專門職業及技術人員，指依專門職業及技術人員考試法或其他法規取得執業資格之人員。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 專門職業及技術人員投保日期及投保金額規定 | 一、投保日期:取得自行執業資格之日(倘專技人員於取得自行執業之日已以第1類被保險人身分於他單位加保者，請以轉出之日期銜接投保)。(另依本法施行細則第66條規定略以，專門職業及技術人員自行執業者屬84年3月1日以後始列入專門職業及技術人員考試者，未僱用員工且以第2類被保險人身分投保者，自102年1月1日起應以第1類第5目專技人員自行執行業者身分投保)。<br>二、投保金額：<br>依本法第20條、21條及本法施行細則第46條規定略以，專門職業及技術人員自行執業者以執行業務所得為投保金額，若所得未達分級表最高一級者(114年1月1日起為313,000元)，得自行舉證調整，其最低投保金額如下：<br>(一)會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師等自行執業者，投保金額最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級(105年5月1日起為45,800元)。<br>(二)僱用員工之非屬會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師等自行執業者，投保金額最低不得低於公營事業機構受僱者之平均投保金額(115年1月1日起為42,000元)。<br>(三)未僱用員工之非屬會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師等自行執業者，投保金額最低不得低於投保金額分級表第六級(115年1月1日起為36,300元)。<br>(四)不得低於所屬員工申報之最高投保金額。<br>(五)不得低於其勞退月提繳工資及其參加其他社會保險(包含：勞工保險、勞工職業災害保險等)之投保薪資。<br>三、專門職業及技術人員舉證調降投保金額應備文件如下：<br>(一)最近年度國稅局核定之『綜合所得稅核定通知書』或經國稅局加蓋收件章之結算申報書(含有課稅所得額之細項資料)，以網路申報個人綜合所得稅者，可檢附電子結算(網路)申報收執聯。<br>(二)若專技人員取得自行執業資格未滿1年，且尚無上述稅單者，得填具「全民健康保險專門職業及技術人員申報調降投保金額聲明書」。 |
| 保費繳納說明               | 本業務組於每月月底前寄發上個月保險費繳款單，如於月底前仍未收到繳款單，請於次月5日前洽本業務組承辦人員確認或補發，投保單位最遲應於次月15日前繳納。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

★為使您的案件更迅速的完成，採書面申請者，郵寄之前請再確認以上資料是否備齊，並加蓋單位印章及負責人印章。

★掛號寄送至：『衛生福利部中央健康保險署北區業務組承保一科』；

地址：(郵遞區號 320216) 桃園市中壢區中山東路3段525號。

★未盡事宜，尚有疑問，煩請撥打(03)4339111轉分機2042、2003、2004、2005或健保諮詢服務專線0800-030-598洽詢

# 全民健康保險對象投保申報表

(本表專供第一至第三類被保險人的投保單位填用)

|     |    |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|-----|----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 表號: | 承表 | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> H |
|-----|----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

[illegible]

