放棄投保同意書

本人 (工讀生)受僱 (用人單位)之「110年度原young青年返鄉工讀職場體驗計畫」，依規定得由(用人單位) 辦理勞健保之投保事宜，因本人已由□家長參加全民健保，為避免重覆加保導致本人保費損失及依據全民健康保險法法施行細則第20條規定「保險對象原有之投保資格尚未喪失，其從事短期性工作未逾3個月者，得以原投保資格繼續投保」同意放棄健保加保於(用人單位) 。

本人在(用人單位)期間，請勿為本人投保，本人並已知悉健保權益之影響，日後有關健保之一切權利事宜，概由本人與原加保單位自行處理，與(用人單位)無關。

此 致

(用人單位)

工讀生姓名： (簽章)

法定代理人姓名： (簽章)

工讀生身份證號：

工讀生通訊地址：

工讀生連絡電話：

備註：如立書人未滿20歲，須經法定代理人之承認，始生效力。

中華民國年月日