



高雄醫學大學 休學生【不參加】學生團體保險切結書

就讀學制(請勾選)：

- 大學日間部 二年制在職專班
 碩士一般生 碩士在職專班 博士班

(填表前，請詳閱注意事項)

簽署日期： 年 月 日

注意事項：

- 依教育部規定，選擇不參加學生團體保險之學生，教育部不予補助團體保險費，須簽署切結書，未成年(未滿 20 歲)學生需由「家長/監護人或法定代理人簽章」。
- 不參加學生團體保險之學生，於未投保期間發生事故時，所有保險相關事宜應自行負責。
- 有關學生團體保險事項，請洽衛生保健組(07-3121101 轉 2117)。**
 (地址：807 高雄市三民區十全一路 100 號 高雄醫學大學 衛生保健組)
 申請辦理地點：衛生保健組【濟世大樓 1 樓】 **簽署者：**

學生 _____，學號 _____，系所/班級 _____

因 健康 家庭 經濟 工作 課業 兵役 個人 重考 休學 延畢
其他 _____ 因素，選擇不參加學生團體保險(從 年 月 日至 年 月 日)
 ，特 此 證 明

填表人注意事項：

◎ 未成年(未滿 20 歲)學生需由「家長/監護人或法定代理人簽章」

◎ 成年、未成年已結婚學生需由「學生本人或法定代理人簽章」

填表人(請勾選)：家長/監護人 學生本人 法定代理人

填 表 人： _____ 簽章

身份證字號： _____

聯絡電話： _____ 行動電話： _____

聯絡地址： _____