



高雄醫學大學 休學學生【參加】學生團體保險聲明書

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，請詳閱聲明事項)

簽署日期： 年 月 日

聲明事項：

1. 休學生者，仍享有參加學生團體保險之權益及教育部之保險費 100 元/每學年之補助。
2. 欲參加學生團體保險之休學學生，於休學期間，請自行於**每學期開學兩週內**至**出納組**繳交保費。(可委他人代繳或轉帳-銀行代碼:009、分行代碼:8140、帳號:95680+學生學號)
3. 未於**每學期開學兩週內**至出納組繳交保費者，視同不參加學生團體保險及放棄教育部之保險費補助。於未投保期間發生事故時，所有保險相關事宜應自行負責。
4. 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 CS108】 **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 其他_____ 因素，

於 _____ 學年度，第 _____ 學期辦理 休學 延畢 共 _____ 年。今已詳閱並充分瞭解聲明內容，特此聲明

填表人：_____ 簽章

身份證字號：_____

聯絡電話：_____ 行動電話：_____

聯絡地址：_____

學校收執聯 學生留存聯