



# 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。**(可委他人代繳或電洽出納組詢問轉帳事項 07-3121101 轉 2125 轉 41)**
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