

收 據

中華民國 年 月 日

工作內容																
工作期間及時、日或件數及單價	按日或按件計酬者請註明單價															
應領金額					應扣 稅額					應扣個人 補充保費						
實發金額	新台幣 仟 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整															
受領人簽章			個人 補充 保費	<input type="checkbox"/> 在本校投保健保人員，不扣個人補充保費。(但所得稅代號 9A、9B 之執行業務所得達規定金額者須扣繳 _____ %。) <input type="checkbox"/> 不在本校投保健保人員： <input type="checkbox"/> 單次給付兼職所得逾基本工資，扣 _____ %。 <input type="checkbox"/> 自行執業者、自營作業且在職業工會加保者，執行業務收入免扣保費。												
身分證統一編號					國籍	到台日期			護照字號		無國民身分證或統一證號人士專用					
外籍(統一證號)					年	月	日	稅籍 編號								
									填所得人出生年月日例如： May 19,1944(1944年5月19日)出生， 即填「19440519」				護照英文姓名 前欄兩個字母			
戶籍地址 <small>(無國民身分證之華僑及外國人請填在台地址)</small>					市(縣)		鄉鎮區(市)			里(村)		鄰				
					路(街)		段 巷 弄			號之()		樓之()				
通訊地址									電 話	公： 宅：						
備註																

109.10.22

經辦人

經辦人電話

單位主管