



# 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       博士班  
 碩士一般生       碩士在職專班

轉帳資訊  
 代碼：009  
 東高雄分行 8140  
 帳號：67259+學生學號  
 繳費金額：475 元

(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保險費之補助。
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-彰化銀行代碼:009、東高雄分行、帳號:67259+學生學號)
3. 每學年每人保險費金額，將依當年合約收費。當年度相關費用請參考”學生保險”網頁 <https://reurl.cc/e0dolR>
4. 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。
5. **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：\_\_\_\_\_