



# 高雄醫學大學 在學生【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：

1. 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，須簽署切結書並以書面將學生不參加本保險之情事，通知家屬。
2. 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。
3. 學生團體保險業務請洽衛生保健組(07-3121101 轉 2117)。
4. **本切結書簽署後請送回或以雙掛號寄回學校衛生保健組。**

(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 CS105】

**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 18 歲)學生需由「家長/監護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：\_\_\_\_\_



# 高雄醫學大學 在學生【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，須簽署切結書並以書面將學生不參加本保險之情事，通知家屬。
- 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，請洽詢衛生保健組。  
(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 CS105】      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 18 歲)學生需由「家長/監護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：\_\_\_\_\_



# 高雄醫學大學 在學生【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：

1. 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，須簽署切結書並以書面將學生不參加本保險之情事，通知家屬。
2. 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。
3. 有關學生團體保險事項，請洽詢衛生保健組。  
(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 CS105】      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 18 歲)學生需由「家長/監護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：\_\_\_\_\_

學生\_\_\_\_\_，選擇不參加學生團體保險，經本人(家長) 簽署切結書同意。請准予退費。  
 衛生保健組組長