臺北醫學大學員工旅遊補助

員工旅遊補助

為了犒賞自己一整年的辛勞，可為自己安排忙碌中的小確幸，適時的休息有助於長久的職業生涯，並可與同行同事促進感情。

本校**專任教職員**工服務**滿2年以**上與**編制外人員**服務**滿3年以上**者皆有旅遊補助。
由本校及附屬機構同仁**至少3人**組團成行，旅遊安排以寒暑假及春假時間為原則。

補助費用及項目:
1.每人**每3年**補助以**不超過新台幣15000元**為原則。另可登入人事系統確認是否已使用完畢。
2.本次補助3年期間為**105.08.01-108.07.31**
3.旅遊補助項目:旅遊平安保險費、門票入場費、交通費(含油費/車票/停車費/過路費)、住宿費、餐飲費。實報實銷，憑證開立抬頭臺北醫學大學，或輸入統編03724606。
4.補助限員工個人

活動結束後二週內檢附相關文件，送本處辦理核銷作業

檢附文件一-員工旅遊補助申請單

臺北醫學大學員工旅遊補助申請單

團長 （聯絡人）		校內 分機	
參加人數			
申請補助人數			
旅遊時間			
旅遊地點			
檢附文件	□臺北醫學大學員工旅遊補助申請單(本表) □旅遊補助申請經費分攤表(格式不拘) □旅遊憑證(依序黏貼於憑證黏存單) □員工旅遊團體照片乙張(請email至astccf@tmu.edu.tw，主旨名稱”旅遊補助團體照片_旅遊期間起迄”)		

同行旅遊人員名單

編號	任職單位	職稱	姓名
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

備註事項

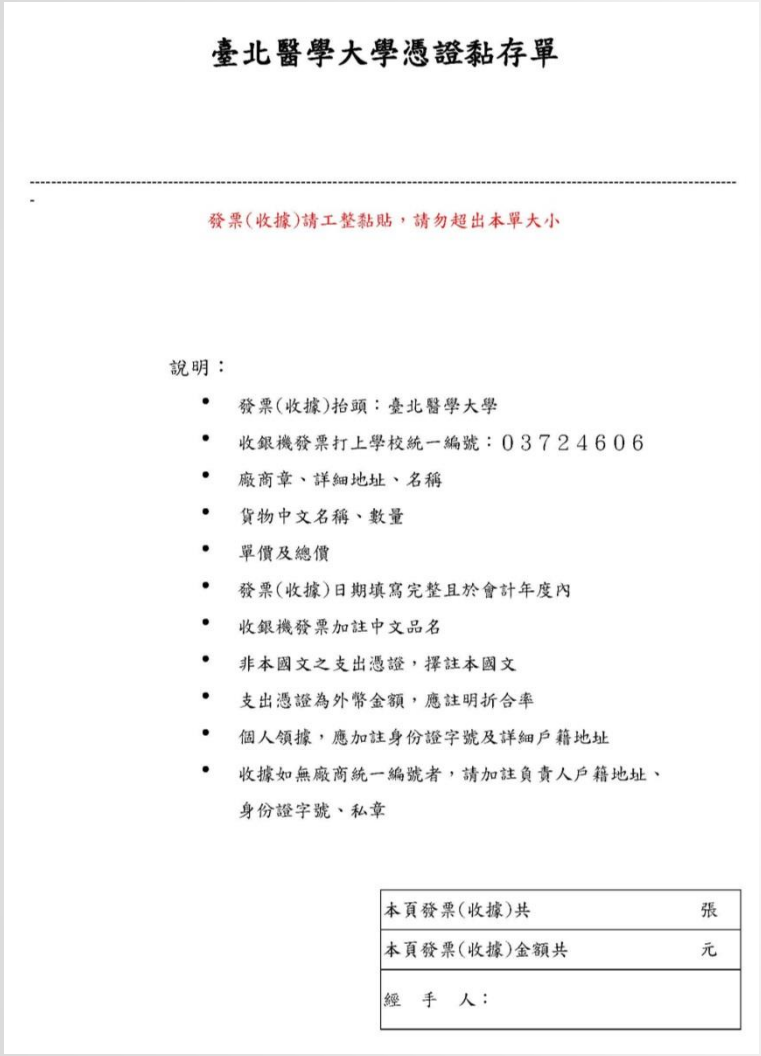
1. 活動結束後二週內檢附相關文件，送本處辦理核銷作業
2. 核銷作業請依財務處官網公告的請款作業之規定辦理

檢附文件二-旅遊補助申請經費分攤表

旅遊補助申請經費分攤表_範例(格式不拘)

	餐飲費 (憑證1-5)	住宿費 (憑證6-10)	交通費 (憑證11)	總實際支出金額	本次申請補助金額
A君	4000	12000	500	16500	15000
B君	2000	5000	500	7500	7500
C君	2000	10000	500	12500	12500
D君	2000	5000	500	7500	0
E君	2000	5000	500	7500	0
Total	$12000	$37000	$2500	$51500	$35000

檢附文件-三憑證黏存單



臺北醫學大學憑證黏存單

發票(收據)請工整黏貼，請勿超出本單大小

說明：

- 發票(收據)抬頭：臺北醫學大學
- 收銀機發票打上學校統一編號：03724606
- 廠商章、詳細地址、名稱
- 貨物中文名稱、數量
- 單價及總價
- 發票(收據)日期填寫完整且於會計年度內
- 收銀機發票加註中文品名
- 非本國文之支出憑證，擇註本國文
- 支出憑證為外幣金額，應註明折合率
- 個人領據，應加註身份證字號及詳細戶籍地址
- 收據如無廠商統一編號者，請加註負責人戶籍地址、身份證字號、私章

本頁發票(收據)共	張
本頁發票(收據)金額共	元
經　手　人：	

檢附憑證並依序黏貼於”憑證黏存單”上面
(下載路徑:財務處網頁→表單下載處)

旅遊機票需檢具**三項**文件
(1)機票:電子機票 或 機票票根
(2)購票證明:旅行業代收轉付收據 或 國際線航空機票購票證明單 或 其他足資證明支付票款之文件
(3)搭機證明:登機證存根 或 航空公司所開立之搭機證明 或 足資證明出國事實之護照影本

核銷作業請依財務處官網公告的請款作業之規定辦理

檢附文件四-員工旅遊團體照片

員工旅遊團體照片乙張

(請email至astccf@tmu.edu.tw，
主旨名稱”旅遊補助團體照片_旅遊期間起迄”)

臺北醫學大學旅行平安險

旅行平安險

為使本校教職員能以最優惠的價格投保旅行平安險，本校特與台灣人壽保險公司簽訂團體旅行平安險(自費)。

- 適用對象：本校教職員及其配偶、子女、父母
- 適用期間：105.8.1-106.7.31

旅平險報價明細表			
保障項目	天數	台灣人壽 (個人)旅平險 五天	台灣人壽 (團體)旅平險 五天
意外險保額/保費	500萬元/人	332	206
意外傷害醫療保額/保費	50萬元/人	90	55
海外突發疾病醫療保額/保費	50萬元/人	219	114
(意外險1000萬元+意外傷害醫療100萬元+海萬突發疾病100萬元)/人		1,258	737
(意外險500萬元+意外傷害醫療50萬元+海萬突發疾病50萬元)/人		641	375
(意外險100萬元+意外傷害醫療10萬元+海萬突發疾病10萬元)/人		132	78

106.05.22更新

投保步驟

Step 1：下載旅平險投保文件
Step 2：填寫旅平險投保文件
Step 3：將保障期間被保險人名冊至人資處用印(需於生效日前3日完成)
Step 4：繳費並傳真至台灣人壽(需於生效日前3日提出)
Step 5：要保人電話確認是否傳真成功
Step 6：台灣人壽回傳(已蓋受理章)之要保書
Step 7：台灣人壽寄發收據給要保人

下載旅平險投保文件

表單路徑：人資處網頁→福利專區

	需填寫資料
一般狀況	保障期間被保險人名冊 保險費信用卡付款授權書/匯款單據影本(擇一)
狀況A	受益人指定非為配偶、直系親屬或法定繼承人者，需加填身故保險金受益人指定申明書
狀況B	投保金額累積(含他家保險公司)超過2001萬(含)需填寫財務報告書 投保金額累積(含他家保險公司)超過2501萬(含)需填寫財務報告書及辦理生存調查作業
狀況C	欲取消投保或縮短天數及延長天數填寫 旅行平安險契變申請表

填寫旅平險表單

範例

台灣人壽保險股份有限公司
保障期間被保險人名冊

簽約客戶欄	合約編號		客戶代號		台灣人壽受理
	☐公費-月結 ☐公費-單次請款 ☑自費 經辦人：		傳真：( )		

■要保人暨要保事項：※要保人已知悉並授權及同意本名冊所載之聲明同意事項　保單號碼：

要保人(單位)/集體發單件代理人	臺北醫學大學 王大明	與被保險人關係	☑本人 ☐團體成員：☐員工 ☐學生 ☐ ☑團體成員之眷屬：☑配偶 ☐父母 ☑子女
地址	☐同團體新旅行平安保險要保書所載 ☐指定：☐☐☐	身分證字號統一編號	AXXXXXXXXX
		出生日期	民國 70 年 1 月 1 日
		電話	02)XXXXXXX 分機　行動電話 09XXXXXXXX
保險期間	自民國106年7月1日8時(0-24時)起至民國106年7月5日8時(0-24時)止；共計4日		單一日以24小時計，不足24小時者，以一日計。
出發地	台北　目的地 日本	交通工具	☑客機 /☐客輪 /☑遊覽車，計___架(艘/輛)　☐其他_____

■被保險人暨投保金額及受益人：※被保險人已知悉並授權及同意本名冊所載之聲明同意事項

☑如下表所列　或　☐詳如名冊　，被保險人人數總計 3 人　（幣別：新台幣）

被保險人 姓名及簽署	出生日期 民國年月日	身分證/護照/居留證號碼	身故受益人(註1,2) 姓名	身分證/護照/居留證號碼	關係	保險金額 意外身故暨殘廢(註3)	意外傷害醫療限額	海外突發疾病醫療限額	另投保旅平險合計(註4)	保險費 台灣人壽填寫
王大明	70.1.1	AXXXXXXXX	☐法定繼承人 林瑪莉	AXXXXXXXX	配偶	1000 萬元	100 萬元	100 萬元	投保0家 共0萬元	元
		國籍 臺灣	電話 (02) XXXXXXX			地址☐☐☐ 台北市XX區XX路XX號				
林瑪莉	70.5.1	AXXXXXXXX	☐法定繼承人 王大明	AXXXXXXXX	配偶	1000 萬元	100 萬元	100 萬元	投保0家 共0萬元	元
		國籍 臺灣	電話 (02) XXXXXXX			地址☐☐☐ 台北市XX區XX路XX號				
王小明	97.1.1	AXXXXXXXX	☐法定繼承人 王大明	AXXXXXXXX	父子	200 萬元	100 萬元	100 萬元	投保0家 共0萬元	元
		國籍 臺灣	電話 (02) XXXXXXX			地址☐☐☐ 台北市XX區XX路XX號				

※倘被保險人為未成年人，請法定代理人一併簽署：_____　（台灣人壽填寫）總計保險費：　元

※『蒐集、處理及利用個人資料告知書』詳次頁說明。

註 1. 倘受益人指定一個人以上，除特別指定比例或順位外，由該項保險金之所有受益人平均分配。
2. 身故保險金受益人如係指定身分別及要保人未填寫受益人之聯絡地址及電話，將以要保人最後所留之聯絡方式，作為身故保險金受益人之通知依據。
3. 訂立本契約時，以未滿十五足歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五足歲之日起發生效力。
訂立本契約時，以精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者為被保險人，其身故保險金均變更為喪葬費用保險金。
前項被保險人於民國九十九年二月三日(含)以後所投保之喪葬費用保險金額總和（不限本公司），不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之半數，其超過部分本公司不負給付責任，本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。
4. 被保險人如另投保本公司或其他保險公司之旅平險，須於「另投保旅平險合計」欄詳實填寫投保家數及投保金額(未投保者免填)。

■要保人及被保險人聲明同意事項

1. 本人（被保險人）同意　貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
2. 本人（被保險人、要保人）同意　貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
3. 本人（被保險人、要保人）同意　貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

※倘要保人為未成年人，請法定代理人一併簽署。
※要保人同意事項：要保人委託代理人向貴公司辦理各項投保事宜。
※代理人聲明事項：本代表人聲明代理要保人向貴公司辦理各項投保事宜。要保文件須影印乙份給各要保人保存。

要保人(單位)代理人 簽署：王大明

申請日期：民國　年　月　日

台灣人壽審查欄

第 1 頁，共 2 頁

台灣人壽保險股份有限公司

保險費信用卡付款授權書(旅行平安保險)

立授權書人(即信用卡持卡人)茲授權信用卡發卡機構或銀行及台灣人壽保險股份有限公司，得自授權人之指定信用卡帳戶內請款，以交付要保人於授權書內所載保單號碼之應繳保險費。

■保險契約　(合約編號：　客戶代號：　)

保單號碼		保單號碼		保單號碼	
要保人	臺北醫學大學王大明	要保人		要保人	

■授權人資料(授權人限 要保人/被保險人/契變申請人 本人)

授權人	王大明	身分：	☐要保人 ☑被保險人 ☐契變申請人	電話	09XXXXXXXX
發卡機構	花旗 銀行	信用卡卡別	☑VISA ☐MASTER ☐JCB		
信用卡卡號	X X X X — X X X X — X X X X — X X X X	有效期限	108 / 7 (月/西元年)		

本人已詳閱及瞭解個人資料之蒐集、處理及利用告知事項，並同意保險費信用卡付款約定條款。

授權人(持卡人)簽名：王大明
（請與信用卡上簽名一致）

日期：106 年 6 月 16 日

保險費信用卡付款約定條款

1. 立授權書人(即信用卡持卡人，簡稱授權人)茲授權信用卡發卡機構或銀行(簡稱發卡機構)及台灣人壽保險股份有限公司(簡稱台灣人壽)，得自授權人所指定之信用卡帳戶內請款，代為支付所指定保險單之應繳保險費予台灣人壽。
2. 本授權書如因授權資料不全、錯誤或其他原因，致受託之發卡機構無法代請所指定保險單應繳保險費者，不生授權之效力。
3. 本授權書不因保險費用變動而影響其效力，其後要保人變更亦不影響本授權書之效力；授權人對請款之保險費用或任何其他相關事宜有疑義時，應逕行洽詢台灣人壽釐清，概與發卡機構無關。
4. 保險契約經辦理撤回、終止、解除或其他原因而失效後，如發卡機構因作業時差及其他因素仍至授權信用卡帳戶內請款交付保險費者，保險契約並不因此而有效，台灣人壽將請款款項無息退還授權人原發卡機構。
5. 授權人在同一帳戶內同時授權發卡機構代繳兩張以上保險單之保險費時，則由發卡機構衡量授權人之信用餘額、保單狀況和其他情形權衡辦理，要保人及授權人均無異議。
6. 本授權書資料不論審核通過與否均由台灣人壽保存不予發還，授權人同意台灣人壽、發卡機構得於授權繳交保險費用之必要範圍內為搜集、處理、利用及國際傳遞電腦處理授權人之個人資料。
7. 台灣人壽依約請款保險費後，授權人若未於信用卡帳單上所載繳費截止日前繳費時，所產生之信用卡循環利息依各信用卡發卡機構之規定辦理。
8. 授權人與發卡機構之信用卡契約關係消滅或其他原因致發卡機構未能付款予台灣人壽，授權人負有通知要保人自行於保險單約定期間內，主動向台灣人壽繳交保險費義務。
9. 本約定條款未盡事宜悉依發卡機構、台灣人壽慣例及相關法令辦理，另要保人/授權人同意台灣人壽有因業務需要修改之權利。

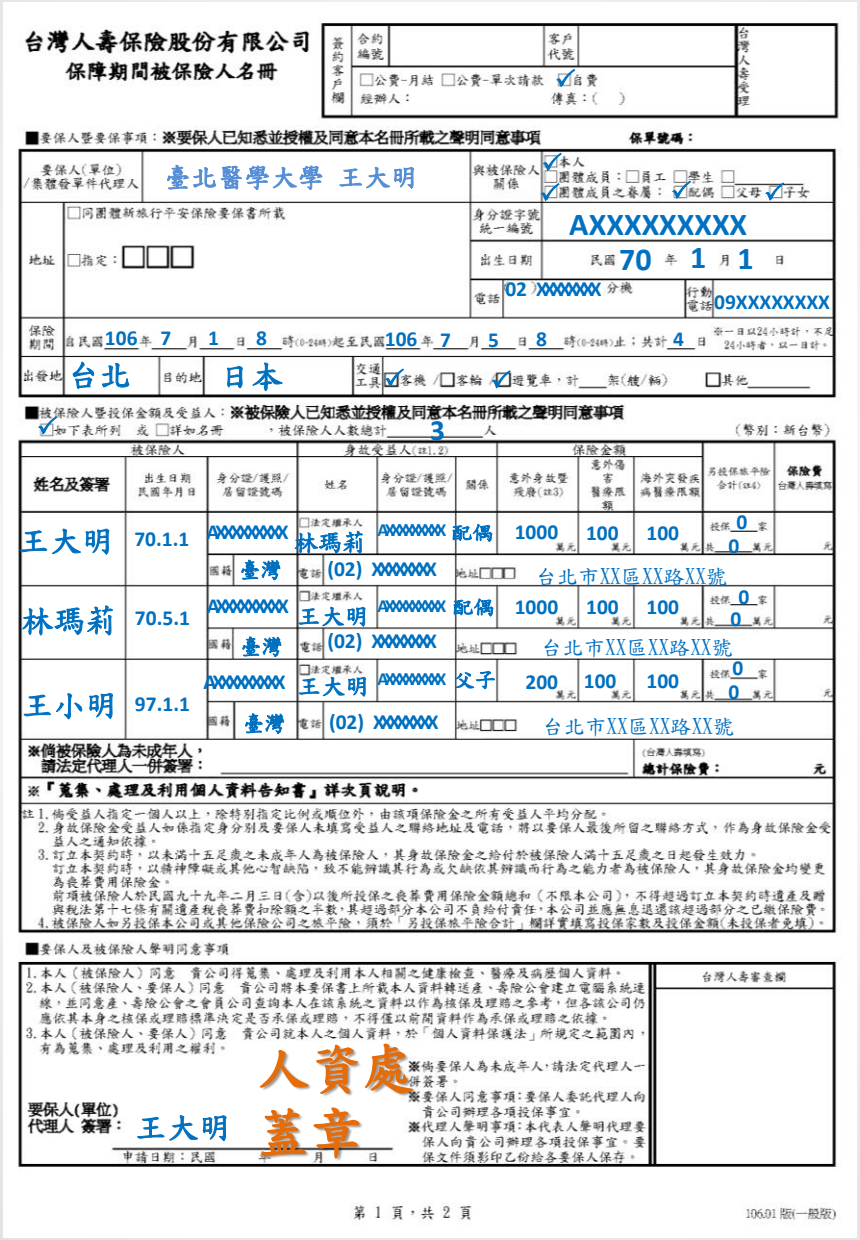
其他約定

1. 同一次要保之旅遊行程，限要保人或同行被保險人之一所持信用卡支付該次行程全部保險費。
2. 本授權書限支付本保險契約保險費(包含契約變更之加/退保險費)。如契約變更時，原信用卡已無法支付，當次限以契變申請人所持信用卡支付保險費。

10601 版

塗改處皆須簽名或蓋章

人資處用印



台灣人壽保險股份有限公司
保障期間被保險人名冊

簽約客戶欄	合約編號		客戶代號		台灣人壽受理
	☐公費-月結 ☐公費-單次請款 ☑自費 經辦人：		傳真：( )		

■要保人暨要保事項：※要保人已知悉並授權及同意本名冊所載之聲明同意事項　　保單號碼：

要保人(單位)/集體發單件代理人	臺北醫學大學 王大明	與被保險人關係	☑本人 ☐團體成員：☐員工 ☐學生 ☐ ☑團體成員之眷屬：☑配偶 ☐父母 ☑子女
地址	☐同團體新旅行平安保險要保書所載 ☐指定：☐☐☐	身分證字號統一編號	AXXXXXXXXX
		出生日期	民國 70 年 1 月 1 日
		電話	02)XXXXXXX 分機　行動電話 09XXXXXXXX
保險期間	自民國106年7月1日8時(0-24時)起至民國106年7月5日8時(0-24時)止；共計4日		不一日以24小時計，不足24小時者，以一日計。
出發地	台北　目的地 日本	交通工具	☑客機 /☐客輪 /☑遊覽車，計___架(艘/輛)　☐其他_____

■被保險人暨投保金額及受益人：※被保險人已知悉並授權及同意本名冊所載之聲明同意事項

☑如下表所列　或　☐詳如名冊　，被保險人人數總計 3 人　　(幣別：新台幣)

被保險人			身故受益人(註1,2)			保險金額				
姓名及簽署	出生日期 民國年月日	身分證/護照/居留證號碼	姓名	身分證/護照/居留證號碼	關係	意外身故殘廢(註3)	意外傷害醫療限額	海外突發疾病醫療限額	另投保旅平險合計(註4)	保險費 台灣人壽填寫
王大明	70.1.1	AXXXXXXXX	☐法定繼承人 林瑪莉	AXXXXXXXX	配偶	1000 萬元	100 萬元	100 萬元	投保0家 共0萬元	元
		國籍 臺灣	電話 (02) XXXXXXX			地址☐☐☐ 台北市XX區XX路XX號				
林瑪莉	70.5.1	AXXXXXXXX	☐法定繼承人 王大明	AXXXXXXXX	配偶	1000 萬元	100 萬元	100 萬元	投保0家 共0萬元	元
		國籍 臺灣	電話 (02) XXXXXXX			地址☐☐☐ 台北市XX區XX路XX號				
王小明	97.1.1	AXXXXXXXX	☐法定繼承人 王大明	AXXXXXXXX	父子	200 萬元	100 萬元	100 萬元	投保0家 共0萬元	元
		國籍 臺灣	電話 (02) XXXXXXX			地址☐☐☐ 台北市XX區XX路XX號				

※倘被保險人為未成年人，請法定代理人一併簽署：　　(台灣人壽填寫) 總計保險費：　元

※「蒐集、處理及利用個人資料告知書」詳次頁說明。

註 1. 倘受益人指定一個人以上，除特別指定比例或順位外，由該項保險金之所有受益人平均分配。
2. 身故保險金受益人如係指定身分別及要保人未填寫受益人之聯絡地址及電話，將以要保人最後所留之聯絡方式，作為身故保險金受益人之通知依據。
3. 訂立本契約時，以未滿十五足歲之未成年人為被保險人，其身故保險金之給付於被保險人滿十五足歲之日起發生效力。
訂立本契約時，以精神障礙或其他心智缺陷，致不能辨識其行為或欠缺依其辨識而行為之能力者為被保險人，其身故保險金均變更為喪葬費用保險金。
前項被保險人於民國九十九年二月三日(含)以後所投保之喪葬費用保險金額總和（不限本公司），不得超過訂立本契約時遺產及贈與稅法第十七條有關遺產稅喪葬費扣除額之半數，其超過部分本公司不負給付責任，本公司並應無息退還該超過部分之已繳保險費。
4. 被保險人如另投保本公司或其他保險公司之旅平險，須於「另投保旅平險合計」欄詳實填寫投保家數及投保金額(未投保者免填)。

■要保人及被保險人聲明同意事項

1. 本人（被保險人）同意　貴公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
2. 本人（被保險人、要保人）同意　貴公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
3. 本人（被保險人、要保人）同意　貴公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

人資處 蓋章

※倘要保人為未成年人，請法定代理人一併簽署。
※要保人同意事項：要保人委託代理人向貴公司辦理各項投保事宜。
※代理人聲明事項：本代表人聲明代理要保人向貴公司辦理各項投保事宜。要保文件須影印乙份給各要保人保存。

要保人(單位)代理人 簽署：王大明
申請日期：民國　年　月　日

台灣人壽審查欄

第 1 頁，共 2 頁　　106.01 版(一般版)

生效日前3個工作天
至人資處用印

用印完，要保人請
完成後續流程

繳費並傳真投保資料

匯款資訊戶名：台灣人壽保險股份有限公司
土地銀行營業部：005-041-001-175546
郵遞區號劃撥帳號：000-85-850

生效日前3個工作天傳真至臺灣人壽
傳真電話:(02)2311-7267
1、保障期間保險人名冊
2、保險費信用卡付款授權書 或 匯款單據影本
3、身故保險金受益人指定申明書(視填表單要求)
4、財務報告書(視填表單要求)
5、生存調查作業(視填表單要求)

要保人電話確認

服務窗口：
田惠如小姐:(02)2311-7069分機155
或0939-642-223
黃思綺小姐:(02)8170-9888轉7155

台灣人壽回傳受理要保書並寄發收據

台灣人壽承保後→回傳受理章→投保成功→寄發保險費收據給要保人

欲取消投保或縮短天數及延長天數：請於保險生效前辦理，填寫旅行平安險契變申請表

若您仍對團體旅平險有疑問

歡迎撥打諮詢專線：

黃思綺小姐(02)8170-9888 (分機7155)

田惠如小姐:(02)2311-7069分機155 或0939-642-223