

# 財團法人臺中市私立惠康社會福利基金會

## 臺中榮總員工薪資捐款代扣授權書

(粗框內請申請人詳填，並詳閱粗框下方注意事項)

新增 變更 終止

申請人資料欄	姓名								身分證字號			
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
	聯絡地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (郵遞區號)										
	因院內人員異動/離職/退休，本會無法即時知悉，故請填寫可收到收據之地址。											
	單位				電話		分機：					
	卡號						行動電話：					
捐款資料	扣款日期	自_____年_____月起每月自薪資扣款				金額 (大寫)	每月計扣 新台幣____萬____仟____佰____拾____元整					
		<input type="checkbox"/> 持續扣款										
	終止日期	自_____年_____月終止				填表 日期	_____年 _____月 _____日					
(本欄為工作人員辦理停扣時用，請勿填寫)												
收據開立明細 (含共同捐款人)	姓名	捐款 金額	關係	註記	姓名	捐款 金額	關係	註記				
	<input type="checkbox"/> 申請人		本人	<input type="checkbox"/> 中榮醫訊芳名錄登名 <input type="checkbox"/> 登錄國稅局列舉 身分證字號：_____				<input type="checkbox"/> 中榮醫訊芳名錄登名 <input type="checkbox"/> 登錄國稅局列舉 身分證字號：_____				
				<input type="checkbox"/> 中榮醫訊芳名錄登名 <input type="checkbox"/> 登錄國稅局列舉 身分證字號：_____				<input type="checkbox"/> 中榮醫訊芳名錄登名 <input type="checkbox"/> 登錄國稅局列舉 身分證字號：_____				

- ◎ 請以工整字體書寫，並確認申請資料填寫完整，以利寄送捐款收據與提供更完善服務。
  - ◎ **本會將提供您的年度捐款資料給國稅局，俾利您於年度報稅時採自然人憑證報稅或查詢捐款扣除額資料，歡迎您提供身分證字號，以利本會將您納入扣除單據電子化服務。**
  - ◎ 以上捐款人姓名、卡號、每月扣款金額將轉請出納組代辦。
  - ◎ 若您工作異動或欲停止扣款，請務必來電通知。
  - ◎ 同仁每月定期扣款之收據，將於年底彙整後，隔年一月送至各單位。
- 洽詢電話：(04) 2359-2525 分機 2950-2952 或 (04) 2358-1213 傳真電話：(04) 2358-1213。  
 會址：407219 臺中市西屯區臺灣大道四段 1650 號(基金會聯合辦公室-惠康基金會)

**您的個人資料本會將妥善保存並絕對保密，僅供本會使用，謝謝您。**