馬偕醫學院機關負擔補充保費繳費證明單

|  |  |
| --- | --- |
| 應發金額(所得代號50)  合計(A) | 預估雇主負擔補充保費(B)=(A)\*1.91% |
|  |  |

經手人簽章： 計畫主持人簽章：