

(公司名稱)

領 據

中華民國 年 月 日

付款人																																															
領款人	(請以正楷書寫)																																														
給付金額	給付總額 新台幣 萬 仟 佰 拾 元整																																														
	依法代扣2.11%補充健保費 新台幣____元整 依法代扣____% 所得稅 新台幣____元整										給付淨額____元整																																				
付款性質A (50薪資所得)	☐ 薪資 ☐ 工資 ☐ 工作費 ☐ 鐘點費 ☐ 工讀費 ☐ 出席費 ☐ 諮詢費 ☐ 輔導費 ☐ 指導費 ☐ 主持人費(共同主持人費) ☐ 主持、引言費 ☐ 與談費 ☐ 獎金 ☐ 日支生活費 ☐ 車馬費(無檢附單據者) \$____ ☐ 其他																																														
付款性質B (9B執行業務所得)	☐ 演講費 ☐ 稿費																																														
付款性質C (9A執行業務所得)	☐ 律師 ☐ 會計師 ☐ 精神科醫師 ☐ 心理師 ☐ 營養師																																														
付款性質D (其他)	☐ 車馬費(有檢附單據者)\$____ ☐ 補助主管電信費 ☐ 其他																																														
領款人簽章																																															
身分證字號										領取現金簽名：																																					
戶籍所在地	縣(市) 鄉(區鎮市) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓																																														
☐ 匯入受款人在金融機構存簿帳戶：_____銀行(庫局)_____分(支庫局)																																															
<table><tr><td colspan="3">總代號</td><td colspan="4">分支代號</td><td colspan="1">帳號</td><td colspan="8">金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																總代號			分支代號				帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)																							
總代號			分支代號				帳號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)																																							
局號： <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table><tr><td></td></tr></table> 帳號： <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table><tr><td></td></tr></table>																																															
☐ 匯入受款人在郵局存簿帳戶：																																															
※ 一、金融機構存簿之總代號、分支代號及帳號，請分別由左填寫完整，位數不足者不須補零。 二、所檢附金融機構或郵局之存簿封面影本應可清晰辨識，以免無法入帳。																																															

※本表蒐集之個人資料，僅限於會計與相關服務目的使用，非經當事人同意，絕不轉做其他用途，亦不會公佈任何資料，並遵循本公司資料保存與安全控管辦理。

※本領據於給付時應扣繳稅額超過2,000元時應代扣所得稅，扣繳率標準為競技競賽獎金10%，執行業務所得(含稿費、演講費)10%，薪資、工資、工作費、鐘點費等屬薪資所得為5%。**(執行業務超過2萬元要扣繳10%，薪資超過4萬元要扣繳5%)**

※本領據為本公司向國稅局申報所得資料之依據，務請以正楷詳填各欄，避免因漏、錯填或字跡無法辨識，致扣繳憑單所得資料錯誤或無法送達，影響個人權益。

※自103年9月1日起依據「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」，兼職所得、執行業務收入、租金收入...等6項特定所得(或收入)，**單次給付達最低基本工資以上者**，應按規定費率收補充保費。符合免扣繳身份者，請檢附相關證明，併同核銷。

※非本國人士請附上護照影本或居留證影本浮貼於本領據背面。

勞保費、補充健保費、所得稅扣取證明書

公司名稱已向_____扣取補充健保費、所得稅新台幣____元整，將由本公司依法代繳。本證明應妥善保管若有遺失不另行補發。

經辦人： 單位章：

中華民國 年 月 日