

職災/健保**台北市保險業職業工會入會申請書**

編號: _____

保職災附件: 身份證影本/登錄證影本/承攬合約影本(或執行合約證明書)/ 加保當月佣金收入明細表

姓 名		身份證字號									
生 日		年	月	日	公 司 :		通 訊 處 :		繳費單通知方式 <input type="checkbox"/> 簡訊 <input type="checkbox"/> 紙本 <input type="checkbox"/> LINE/擇一		
職 保	<input type="checkbox"/> 薪資 27,470 元 <input type="checkbox"/> 不參加				健 保	<input type="checkbox"/> 薪資 27,470 元				Email:	
	<input type="checkbox"/> 其它薪資:					<input type="checkbox"/> 其它薪資:					
會員電話		行動: _____ (家): _____ (辦): _____ 分機: _____									
戶籍地址		□□□□□									
繳費單 寄送地址		□□□□□									
補助身份: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重度補助					(女性)懷孕: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 月						
連絡人姓名				電話:				關係:			

聲 明 書

- 一、本人加保日確實在國內持續從事保險服務之相關工作，申請加入為會員；生效日需待完成繳費及申報作業後，以勞、健保局核定日期為準。
- 二、願遵守貴會一切規章暨勞工保險條例等規範，且按時繳納勞、健保費、會費，同享社會福祉，嗣後如經清查有違反相關單位、本會、法規、聲明之情事，因而被拒絕勞保給付或取消投保資格，致發生訴訟事件時，同意以工會所屬區域台北地方法院為唯一管轄權，並願負擔一切相關賠償責任。
- 三、**健保法第 20 條:第 2 類被保險人為無固定所得者，其投保金額由該被保險人(會員)依投保金額分級表所定自行申報，並由保險人健保署查核，如申報不實，保險人得逕予調整。**
- 四、於加保期間，同意配合勞、健保局、本會，提供相關工作證明，若不便出具將依法辦理。
- 五、近期☐是 ☐否曾住院。
- 六、同意提供個人資料限工會辦理勞、健保、會務使用。
- 七、因故**重覆加保或不再從事本業，不在境內從事工作達半年時**，請速辦理填寫本會退保申請書，完成退保手續，**如未即時辦理，致增加保費、滯納金、會費以月計，取消資格需本人自負全責。**
- 八、若地址、電話變動時，務必請通知工會更改，以免未收到相關資料有損自身權益。
- 九、**申請職災給付，『投保薪資』低於實領收入時，『傷病給付』部分可能不予給付。自營作業者應以其執行業務所得為投保金額。『投保薪資』應按實領月薪資總額，依薪資分級表之規定投保**

※※上述聲明本人均已詳閱並親至臨櫃辦理※※

此致

台北市保險業職業工會



*各項福利、權益辦法請參考本會官網

立書人: _____ (簽名) 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎如有眷屬依附健保，需附身份證或戶口名簿影本。

◎辦理加保須於**上班時間 14:30 以前**親至工會臨櫃辦理並繳費，才能受理當天加保。

會址: (10041) 台北市忠孝西路一段 50 號 13 樓之 38

洽詢電話: (02)2361-0096 傳真: (02)2370-0598 電子信箱: tilu23610096@gmail.com

113/01/17