

台北市保險業職業工會入會申請書

編號：F

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										
勞 保	<input type="checkbox"/> 薪資 27,470 元 <input type="checkbox"/> 其它薪資：			健 保			<input type="checkbox"/> 薪資 27,470 元 <input type="checkbox"/> 其它薪資：			Email:										
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																				
<p>一. 本人加保日確實在國內且持續從事保險服務之相關工作，申請加入為會員；生效日期需待完成繳費及申報作業後，以勞、健保局核定日期為準。</p> <p>二. 願遵守一切勞工保險條例等規範，<u>按時繳納勞、健保費、會費，同享社會福祉</u>，嗣後如經相關單位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<u>台北地方法院為唯一管轄權</u>，並願負擔一切相關賠償責任。</p> <p>三. <u>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。</u></p> <p>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。</p> <p>五. 近期<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否曾住院。</p> <p>六. 同意提供個人資料限工會辦理勞、健保、會務使用。</p> <p>七. 因故<u>重覆加保、不再從事本業、不在境內工作超過半年</u>時，請速辦理填寫本會退保申請書，完成退保手續，<u>如未即時辦理致增加保費、滯納金、會費以月計，取消資格需由本人自負全責。</u></p> <p>八. 若地址、電話變動時，務請通知本會變更，以免有損自身權益。</p> <p>此致</p> <p style="text-align: center;">台北市保險業職業工會</p>																				
立書人：_____ (簽名)										中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日										



*各項福利、權益辦法請參考本會官網

◎如有眷屬依附健保，需附身份證或戶口名簿影本。

◎辦理步驟：1. 臨櫃/線上提供入會申請書、身份證影本(正反面)、登錄證影本(正反面)或其他相關附件→2. 來電確認→3. ATM(網銀)轉帳(臨櫃繳現金)

◎費用須於上班時間 15:00 以前匯至工會帳戶並來電確認入帳，才能受理當天加保。

ATM 轉帳→國泰世華銀行代號：013，帳號：20770+英文代碼+身份證數字九碼

◎英文代碼對照表如下：_____ (共 16 碼)

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

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