# 【台北市保險業職業工會】入會申請書 F_____

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 姓 名 | | 身份證字號 | | | | | | | | | | | |
| 生日 | 年 月 日 | 公司： | 通訊處： | 繳費單通知方式擇一 ☐LINE ☐簡訊 ☐紙本 | | | | | | | | | |
| 勞保 | ☐薪資 29,500 元<br>☐其它薪資: | 健保 | ☐薪資 29,500 元<br>☐其它薪資: | Email: | | | | | | | | | |
| 會員電話 | 行動:_____(家):_____(辦):_____分機:_____ | | | | | | | | | | | | |
| 戶籍地址 | ☐☐☐☐☐ | | | | | | | | | | | | |
| 繳費單/通訊地址 | ☐☐☐☐☐ | | | | | | | | | | | | |
| 補助身份：☐無 ☐輕 ☐中☐重度補助 | | (女性)懷孕：☐無 ☐有_____月 | | | | | | | | | | | |
| 常聯絡親友 | | 電話: | | 關係： | | | | | | | | | |

## 聲明書

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。

二. 願遵守一切勞工保險條例等規範，按時繳納勞、健保費、會費，同享社會福祉，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. 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。

四. 近期 ☐是 ☐否 曾經或預計住院。

五. 同意提供個人資料限工會辦理勞、健保、會務使用。

六. 因故重覆加保、不再從事本業、不在境內工作超過半年時，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、取消資格，由本人自負全責。

七. 若地址、電話變動時，務請通知本會變更，以免有損自身權益。

此致

台北市保險業職業工會

各項福利權益
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/健保卡或戶口名簿影本(擇一)。

◎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（共 16 碼）

◎英文代碼對照表如下:

| 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：台北市中正區忠孝西路一段 50 號 13 樓之 38 亞洲廣場大樓（北車對面/新光三越隔壁）

洽詢電話：(02)2361-0096

115/01/01