

# 填表範例

臺北市○○○○職業工會

入會(加保)申請書

申請日期：113年1月2日

會員編號	(工會填寫)		<input checked="" type="checkbox"/> 新加保 <input type="checkbox"/> 純會員 <input type="checkbox"/> 復保(前次退保日期 年 月 日)		理事 長											
姓名	王小明		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期	75年7月5日									
身分證號	F	1	2	3		4	5	6	7	8	9	E-mail	F123@gmail.com			
市話	(02) 2586-5235		手機	09XX-7XX-5XX			相 片									
戶籍地址	郵遞區號 <u>10460</u> 台北縣/(市) <u>中山</u> 市/(區) /鄉/鎮 <u>晴光</u> 村/(里) <u>2</u> 鄰 <u>新生北</u> (路)(街) <u>3</u> 段 巷 弄 <u>64</u> 號 <u>1</u> 樓															
通訊地址 (帳單選項)	<input checked="" type="checkbox"/> 同戶籍地址 郵遞區號		<input type="checkbox"/> 紙本帳單 <input type="checkbox"/> 電子帳單		*請勾選帳單選項					*與戶籍不同時，請填寫左列地址						
縣/市		市/區		鄉/鎮		村/里		鄰		*有加團保，下列紅框內才須填寫						
路(街)		段		巷		弄		號		樓						
加保類別 (投保薪資)	勞保：27,470 (加保日：113年1月2日)		團保一 ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女__人 )		秘書											
	健保：27,470 (加保日：113年1月2日)		團保四 ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女__人 )													
	職災保險： (加保日： 年 月 日)		(加保日： 年 月 日)													
*眷屬依附健保或加團保，請填寫眷屬資料，並附上戶口名簿影本，若無附加眷屬免填寫！																
姓名	身分證字號		出生日期		健保加保日		團保加保日		稱謂							
王大明	P	1	2	3	4	5	6	7	8	9	50年5月8日	113年1月2日	年 月 日	父		
											年 月 日	年 月 日	年 月 日			
											年 月 日	年 月 日	年 月 日			
備註																
入會須知	1. 新入會加保(復保)時需繳入會費1,000元，會費依會員投保薪資等級不同計費。 2. 勞(職)保、健保、團保費三個月繳納一次，繳費通知單在每年3、6、9、12月份寄出。 3. 繳費方式：可至便利商店、郵局或本會繳納。 4. 已領取勞保老年給付或其他社會保險給付且逾65歲再從事工作，可入會加保[職災保險]。 5. 新入會會員或復保者，須在本會加保滿一年以上才可由本會申請辦理老年給付。 6. 會員轉業或轉換投保單位，須至工會辦理退保事宜並繳清各項費用，若無辦理退保者，將依欠費相關規定申報欠費，屆滿1年擬逕辦理退保退會(電話不受理退保)。															
	切 結 書 本人於臺北市行政區域內從事○○○○相關工作，且為無一定雇主或自營作業之勞工，願申請加入臺北市○○○○職業工會會員，遵守工會規章並委由貴會代辦勞工保險(職災保險)及全民健康保險等事宜，且按時繳納會費及勞(職)保、健保、團保費，如逾期未繳納，同意貴會取消會員資格，依法辦理退保退會。如有帶病投保之情事，經勞保局查證後所造成一切損失及權益時，願負完全責任，絕無異議，特立此書為憑。															
介紹人：			印章		申請人：		王小明		印章							