

# 臺北市汽車美容人員職業工會

## 入會(加保)申請書

申請日期： 年 月 日

會員編號	(工會填寫)		<input 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	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日		
身分證號	E-mail					
市話	( )	手機				
戶籍地址	郵遞區號_____ 縣/市_____市/區/鄉/鎮_____村/里_____鄰 _____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓				相片	
通訊地址 (帳單選項)	<input 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 _____縣/市_____市/區/鄉/鎮_____村/里_____鄰 _____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓					
加保類別 (投保薪資)	勞保：	(加保日： 年 月 日)	團保一 ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女__人)			秘書
	健保：	(加保日： 年 月 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	
		年 月 日	年 月 日	年 月 日		
		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)。					
<h3 style="margin: 0;">切 結 書</h3> <p style="margin: 0;">本人於臺北市行政區域內從事汽車美容相關工作，且為無一定雇主或自營作業之勞工，願申請加入臺北市汽車美容人員職業工會會員，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。</p>						
介紹人：	<div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印章</div>	申請人：	<div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印章</div>			