## 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	:			通知方式 □簡訊 [		
勞□薪資	28,590 元	健□薪	<b>資 28,590</b> :	 元	B : 1	<u> </u>				
保□其它	薪資:	保□其	它薪資:		Email:					
會員電話	行動:		(家):_		(新	ŧ):		分榜	<b>&amp;:</b>	
户籍地址 □□□□□										
<ul><li>繳費單/ □□□□□</li><li>通訊地址</li></ul>										
補助身份:□無 □輕 □中□重度補助  (女性)懷孕:□無 □有月										
常聯絡親友	友		電話:				關係:			
聲明書										
— 木 J m	保日確實在國內且	技績從重	•		: , 由	加入先	会員・	4 松 口甘	日蚕 往台	亡
			•		一个明	ルノへ何	官只,2	土奴口为	りありてえ	无
	及申報作業後,以	1.7			. A 弗	。曰音。	计点指之	1 . 27 44	上加上	<u>-</u>
	一切勞工保險條例							_		
	清查有違反相關單		· ·					-	-	
格,致發生訴訟事件時,同意 <u>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</u> 。 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										
										Ē
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。(若有請敘述:										
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、不再從事	本業、不	在境內工作	<b>F超過半年</b>	時,請	速辦理	填寫本台	<b>拿退保申</b>	'請書,	,
=	保手續,如未即時					•	資格需	由本人自	1負全責	責。
八. 若地址	、電話變動時,務	請通知本	會變更,以	人免有損自	身權益	°				
此到	<b>ኒ</b>					475	LINE	<b>四</b> 3 第6		
,	台北市保險業職	業工會						3634 (118)		
		- A			k	□ ※各項福和	· ** *********************************	法請參考>	本會官網	
立書人:			(簽名)中	<b>. 莊 民 岡</b>		年	月		п	
立 百八・			(双石)「	平八四.			^		_ 日	
 ⊙如有眷屬 <sup>,</sup>	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				· ·					
○費用須於	上班時間 15:00 以						!當天加	保。		
	·→國泰世華銀行		<u>L</u>						力碼	
		1 \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	OIO TX	#/U · <u>4/</u>	<u> </u>			业级了	7 U-109	
○英文代碼對照表如下:										

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