

桃園市輔育人員職業工會入會申請書

會員編號：M

姓 名									生 日	民國	年	月	日
身分證字號									學 歷				
通訊地址													
聯絡電話	(手機)				(宅)				(公)				
訊息來源	☐ 網路 ☐ 傳單 ☐ 親友介紹：_____ ☐ 其他：_____												
眷屬依附健保	姓名：1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____												
E-mail									工作內容				
投保薪資									入會加保日	民國	年	月	日
懷 孕 (男性免填寫)	☐ 無 ☐ 有，_____週								【福利團保】 生效日：_____年 _____月 1 日起 (當月 20 日前辦理入會，經保險公司審核後於次月 1 日零時生效)				
補助身分	☐ 低 / 中低收入戶 ☐ 身心障礙								☐ 自願放棄福利團保 _____ (簽名)				

【傳真或 E-mail 者填寫】轉帳銀行：_____ 轉帳金額：_____ 帳號後五碼：_____

請 浮 貼 申 請 人 身 分 證 正 反 面 影 本

聲 明 書

- 一、本人確實於本區域從事相關工作，自願加入為會員，願遵守貴會一切有關章程及決議案，按時繳納會費、勞保費、健保費、團保費，絕無異議。
- 二、本人確實遵守勞工保險條例及全民健康保險法之規定，嗣後如有違反法令規定情事，因而拒付保險給付或被取消投保資格時，其所生賠償自願負擔有關一切責任。
- 三、本人若有轉換工作或不續保等情形，應主動向貴會申請退保（退保日期不可追溯），並填寫退保申請書及繳清所有費用，如未依規定主動辦理退保手續進而產生任何問題，概由本人自行承擔。
- 四、本人若有變更地址、電話等基本資料，及未收到繳費通知單（繳費期限為每年一、四、七、十月之十日前），應主動與貴會聯繫，如未主動聯繫貴會進而產生任何問題，概由本人自行承擔。
- 五、本人加保時如未主動告知懷孕或帶病加保，爾後申請給付衍生任何問題，概由本人自行承擔。

此 致

桃園市輔育人員職業工會

立書人：_____ (簽章) 代理人：_____ (簽章)

中 華 民 國 年 月 日

理事長： 總幹事： 秘書： 經辦人：

會址：桃園市桃園區天祥三街 28 號 1 樓

電話：(03)358-9559

傳真：(03)358-5966

工會 E-mail：m347.b1898@msa.hinet.net

★若有傳真或 E-mail 文件，請務必來電通知工會，謝謝。

【工會 ATM 轉帳】銀行：合作金庫（代號 006） 帳號：5159-7175-08324