

台北市保險業職業工會入會申請書

編號：F_____

姓名												
	身分證統一編號											
生日	年	月	日	公司名稱：					通訊處：			
投保薪資	勞保薪資(基本 23,100)			健保薪資(基本 24,000)					檢 附	1. 身分證影本 2. 登錄證影本		
會員電話	住家：			辦公室：					手機：			
戶籍地址												
繳費單	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []											
寄送地址												
E-mail									殘障補助： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			
									懷孕： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____月			
連絡人	親友姓名：				電話：				關係：			
聲 明 書												
<p>本人確實從事保險業務之工作，自願加入貴會為會員並參加屬於(社會福利之勞、健保)，其生效日期以勞保局核定之日期為準。願遵守貴會一切規章暨勞工保險條例等規定，且按時繳納勞、健保費及會費，嗣後如經相關單位清查有違反法規之情事，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，特此聲明。</p> <p>※本人同意所提供個人資料限工會辦理勞、健保暨工會會務使用。</p> <p>※願意配合勞、健保局等單位，提供相關證明。</p> <p>※若地址、電話變動時，務請通知工會更改，以免未收到相關資料有損自身權益。</p>												
此致												
台北市保險業職業工會												
立書人：_____ (簽名)												
中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日												
加保日	生效日	理事會審核					備註					

- ◎非本人到工會辦理者，請注意加保當日須未住院、未出國且確實從事本業。
- ◎如有眷屬依附健保，需附身分證或戶口名簿影本。
- ◎傳真辦理步驟：1. 傳真入會申請書、身分證影本(正反面)、登錄證影本(正反面)→
2. 來電確認→3. ATM轉帳→4. 郵寄入會申請書正本及附件至工會。
- ◎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+身分證數字九碼
- ◎英文代碼對照表如下： (共 16 碼)

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：(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

網址：<http://tilu.org> 電子信箱：bs99.org@msa.hinet.net