

# 台北市保險業職業工會入會申請書

編號：F

姓名						身分證字號									
生日	年	月	日	單位：	通訊處：			繳費單通知方式 <input type="checkbox"/> 簡訊 <input type="checkbox"/> 紙本/擇一							
同意 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保薪資 26,400				職保(已領老年給付者適用)			Email:								
<input type="checkbox"/> 其他投保薪資：				<input type="checkbox"/> 參加 <input type="checkbox"/> 不參加											
會員電話	行動：_____ (家)：_____ (辦)：_____ 分機：_____														
戶籍地址	□□□□□														
繳費單 寄送地址	□□□□□														
補助身份： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重度補助				(女性)懷孕： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____ 月											
連絡人姓名					電話：				關係：						
<b>聲明書</b>															
<p>一、本人確實長期在國內從事保險相關工作，生效日期以繳費日完成申報；勞保局核定日期為準。</p> <p>二、願遵守貴會一切規章暨勞工保險條例等規範，且按時繳納<u>勞、健保費、會費</u>，同享<u>社會福祉</u>，嗣後如經清查有違反本會、相關單位、法規、聲明之情事，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<u>工會所屬區域台北地方法院為唯一管轄權</u>，並願負擔一切相關賠償責任。</p> <p>三、入會時身心健康，確有從事本業工作。</p> <p>四、同意所提供個人資料限工會辦理勞、健保暨會務使用。</p> <p>五、重覆加保或不再從事本業時，需儘速以書面辦理退保手續，如因延遲辦理致使增加保費及滯納金，本人同意自行負擔全額。</p> <p>六、願意配合勞、健保局、工會等單位，提供相關證明。</p> <p>七、若地址、電話變動時，務必請通知工會更改，以免未收到相關資料有損自身權益。</p> <p>※※上述聲明本人均已詳閱※※</p>															
此致				*各項福利、權益辦法請參考本會官網				 							
台北市保險業職業工會															
立書人：_____ (簽名) 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日															

◎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

電子信箱：tilu23610096@gmail.com