



台南市保險服務職業工會入會申請書

會址：台南市安平區建平 17 街 159 號 10F 之 7 專線：06-2985213 傳真：06-2958325

hppt：//www.sales168.tw/tn

會員編號：_____

姓名	生日			年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 加入勞保及健保 <input type="checkbox"/> 僅加入勞保職災 <input type="checkbox"/> 已領勞保只加健保 <input type="checkbox"/> 只入會	
身分證字號							學歷	備註	
戶籍地址	□□□-□□								
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如下□□□-□□ ★通訊地址變更應立即書面通知本會。								
聯絡電話	(手機)		(宅)		(公)		(傳真)		
E-mail				服務單位		(通訊處)			
投保薪資	入會日			加保日					
附加眷屬	稱謂：_____ 姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生日期：_____								
	稱謂：_____ 姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生日期：_____								
	稱謂：_____ 姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生日期：_____								
加入團保 (自費福利專案)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		檢附 <input type="checkbox"/> 身份證影本 <input type="checkbox"/> 登錄證 <input type="checkbox"/> 其他證明文件_____						
聲 明 書									
<p>一、本人確實於本區域從事保險業務招攬相關工作，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、健保費決無異議。</p> <p>二、本人確實遵守勞工保險條例、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。</p> <p>三、本人同意加入貴會為會員並參加勞工保險，其生效日期同意以勞保局核定之日期為準。</p> <p>四、本人同意若有變更資料應立即書面通知貴會，如未通知貴會所造成權益損失由本人自行負責。</p> <p>五、本人同意欲退會、退保會主動提出，並填寫退會(退保)切結書及繳清所有費用，並由貴會依章程及決議辦理。</p> <p>此 致</p> <p>台南市保險服務職業工會 立書人：_____ (簽章)</p> <p>推薦人：_____ 會員編號：_____ (簽章)</p> <p>中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>									
浮貼-身分證正反面					浮貼-登錄證正反面				
審核	常務理事 批閱：			會務秘書：			經辦人：		