



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		☐ 加入勞保及健保 ☐ 加入勞保職災及健保 ☐ 已領勞保只加健保 ☐ 只入會	
身分證字號											學 歷				備 註			
戶籍地址	□□□-□□																	
通訊地址	□同上 □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：																	
檢附 ☐ 身份證影本 ☐ 登錄證 ☐ 承攬合約 ☐ 存摺、印鑑章(蓋於授權書上) ☐ 其他證明文件																		
聲 明 書 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，且加保時當日人在中華民國境內，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。 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。 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。 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。 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。 六、本工會代收之勞、健保費以每三個月為一期收繳。(3.6.9.12月的16號統一扣款) 此 致 台南市保險服務職業工會 立書人： (簽章) 推薦人： 會員編號： (簽章) 中 華 民 國 年 月 日																		
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：																		