

臺北市解說員職業工會 入會申請書

申請人姓名	訊息來源 <input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 傳單 親友介紹：_____	連絡電話 (O) (H)	行動電話
身分證字號	出生年月日	E-mail	投保薪資
戶籍地址	市(縣) 區 里 鄰 街路 段 巷 弄 號 樓		
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 聯絡地：_____		
備註	<input type="checkbox"/> 低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 申請失業補助中 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊 <input type="checkbox"/> 住院中 <input type="checkbox"/> 大傷病卡 <input type="checkbox"/> 懷孕 個月		
	……………浮貼身分證 正面影本……………		……………浮貼身分證 背面影本……………

入 會 切 結 書

本人目前從事本業解說相關工作，願依工會章程及勞健保條例規定加入 貴會為會員，並按時繳納會費、勞保費、健保費，謹請 准予入會。

附註：一、申請入會，應親自辦理並需經理事會審核通過取得會員資格後，方可辦理加入勞工保險。

【加保日以勞、健保局正式核准日期後方為生效】

- 二、如帶病入會、入保經勞保審查中途變換職業或出國未辦理退會、退保而發生一切糾紛，概與貴會無關。
- 三、依據勞保局規定：如有出具虛偽不實之證明帶病加保(嚴禁心臟病、腫瘤、癌症、尿毒、高血壓、甲狀腺、肺結核慢性病等重大疾病)一經查覺立即取消投保資格並賠償一切醫療費用
- 四、繳費期間為每年1、4、7、10月(季繳)，可至工會繳納或持繳款單劃撥繳費即可。
- 五、如有逾期繳納而發生任何意外等事情，其後果概由本人自行負責，絕無異議。
- 六、本人欲申請退會時，願依 貴會規定辦理退會手續及繳納積欠保費及會費。

此 致

臺北市解說員職業工會

立切結書人：

中 華 民 國 年 月 日

資料登載	理事會	收費內容	檢附資料	受理章戳
		<input type="checkbox"/> 勞健保 <input type="checkbox"/> 單勞保 <input type="checkbox"/> 單健保 <input type="checkbox"/> 僅會費 眷屬人數：本人 + _____ 眷 投保薪資： 繳費期間： ~	<input type="checkbox"/> 身分證影本 1 份。 <input type="checkbox"/> 照片 1 張。 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本。 <input type="checkbox"/> 低收入戶證明。 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊。	

會 址：臺北市文山區景華街 47 號(捷運新店線-景美站 2 號出口直走至景華街 22 巷左轉到底右轉)
 電 話：2932-5187 FAX：2932-9697