

新北市糕餅業職業工會入會申請書

工會電話：29625222#9

會址：22062 板橋區國慶路 11 號 2 樓之 1

姓名		身分證號									性別	
會員編號 <工會填>		工作內容					出生	年	月	日		
通訊地址												
聯絡電話	公 ()											
	家 ()						手機：					
投保等級	<input type="checkbox"/> 最低 22,000 元 <input type="checkbox"/> 一年調一級等級											
繳費方式	<input type="checkbox"/> 一銀 <input type="checkbox"/> 郵局 <input type="checkbox"/> ATM 轉帳						轉帳卡號					
加保日期 (工會填)							健保眷屬 人 數			(請附戶口名簿影本)		

敬啟者 謹遵

貴會章程加入 貴會為會員，自願遵守工會一切規章，準時繳勞健保費，如有欠費達一年，即依法令由貴會辦理除名退勞健保。且非從事本業、不在新北市工作、帶病加保險等違反勞保條例規定，因而拒付保險給付情事，本人願負完全賠償責任並與貴會無關，且願放棄先訴抗辯權。 特具此書為證。

首期繳費為：入會費 500 元(第一次收)+加保日起~當期季繳月止勞健保費(含眷屬)

申請人：_____ (簽名) 服務行號：_____

介紹人：(會員)_____ 或 本會網站

檢附證件：請備 1.(小頭)照片一張會員證用、 2.身分證影本一份 至本會辦理。

承辦人：

理事長批閱：

請浮貼身分證影印本 正 面	請浮貼身分證影印本 背 面
----------------------	----------------------

※請說明回答下列問題並於□中勾選

- | | 是 | 否 |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 · 被保險人目前是否因病住院或臥病在床中 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 · 被保險人目前人是否在國內 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 · 被保險人是否因案經法院判決確定入獄服刑者 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 · 被保險人本身是否為事業單位之負責人 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 · 被保險人目前是否已懷孕 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a · 目前懷孕週數為_____週。 | | |
| b · 加入本會前之前一單位加退保時間為何? _____ | | |
| 6 · 被保險人目前是否領有殘障手冊 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

殘障手冊等級為

輕度殘障
 中度殘障
 （極）重度殘障
 殘障類別_____

上述事項皆為屬實，如有不實，本人願付一切法律責任。

立說明書人：_____