

臺北市保險代理職業工會

入會申請書

日期 年 月 日

會員編號			<input type="checkbox"/> 純會員 <input type="checkbox"/> 新加保 <input type="checkbox"/> 復保(前次退保日期 年 月 日)		身分證影本(正面)	
姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生	民國 年 月 日		電話
照片	身分證統一編號				手機	
	戶籍地址	郵遞區號 _____ 縣 _____ 市區 _____ 村 _____ 路 _____ 市 _____ 鄉鎮 _____ 里 _____ 鄰 _____ 街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____				
	連絡地址	郵遞區號 _____ <input type="checkbox"/> 同上 縣 _____ 市區 _____ 村 _____ 路 _____ 市 _____ 鄉鎮 _____ 里 _____ 鄰 _____ 街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____ E-mail: _____				
加保別	<input type="checkbox"/> 勞保薪資： (加保日： 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 職災保險： (加保日： 年 月 日)		已掃描歸檔： <input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 直銷證明 <input type="checkbox"/> 戶口名簿 <input type="checkbox"/> 學生證或在學證明 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
	<input type="checkbox"/> 健保薪資： (加保日： 年 月 日)					
團保加保別	<input type="checkbox"/> 團保一 (加保日： 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 團保二 (加保日： 年 月 日)			
	<input type="checkbox"/> 團保三 (加保日： 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 團保四 (加保日： 年 月 日)			
~眷屬加保情況~ (如無附加眷屬免填寫)						
稱謂	姓名	出生日期	身分證統一編號	健保-加保日	團保-加保日	
		民國 年 月 日		年 月 日	年 月 日	
		民國 年 月 日		年 月 日	年 月 日	
		民國 年 月 日		年 月 日	年 月 日	
備註	1. 新加保(復保)時需繳入會費1000元整。每月會員常年月費150元、互助金50元，合計200元整。會費按投保薪資等級收費 2. 勞、健、團保費三個月繳一次。(純會員每半年繳一次) 3. 申請入會時請本人攜帶身分證正、反面影本一張、相片二張、私章。 4. 本會會員參加勞工保險須滿一年以上才能申請辦理老年給付。					
本人在臺北市行政區域內從事保險業務相關工作，為無一定雇主之從業勞工。入會加保未滿半年，欲申請任何勞保給付，願接受勞保局調查。茲願依法申請加入工會，遵守一切規章，如有違反願受除名處分，並委由工會依法代為申辦勞工保險及全民健康保險及團體保險等事宜。						
介紹人：	申請人：		<div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block;"></div> (簽章)			

經辦人： _____

秘書： _____

總幹事： _____

理事長： _____