

**台北市保險代理職業工會**  
**退會(保)申請書**

會員編號		姓名		出生	民國	年	月	日	加保日期	/	/
身分證字號				行動電話					性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
退會(保)原因	退保： <input type="checkbox"/> 勞健保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 勞健團保 <input type="checkbox"/> 會籍		保留： <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保 <input type="checkbox"/> 會籍		<input type="checkbox"/> 轉業退會 <input type="checkbox"/> 退休( <input type="checkbox"/> 退休按月領得 <input type="checkbox"/> 退休一次領得) <input type="checkbox"/> 退會 <input type="checkbox"/> 死亡退會 <input type="checkbox"/> 其他_____						
退保團保	<input type="checkbox"/> 團保一 <input type="checkbox"/> 團保二 <input type="checkbox"/> 團保四			退保日期	年        月        日						
退款銀行帳號	_____銀行_____分行帳號_____								<small>*中國信託、郵局不收手續費。 *其餘銀行採現金匯款手續費100元。</small>		
<p>本人因上述原因自願退出貴會，茲遵照貴會規章辦理退會手續，至於退會(保)後，所有損失一切權益，概由本人自行負責，與貴會無關。</p> <p>此致</p> <p style="text-align: right;">台北市保險代理職業工會</p> <p style="text-align: right;">申請人：(簽章)</p> <p style="text-align: right;">代辦人：(簽章)</p> <p style="text-align: center;">中 華 民 國        年        月        日</p>											

經辦

秘書

總幹事

理事長

※申請書請回傳至:(02)2563-4392並電話確認 (02)2571-9188

※正本寄回:104 台北市中山區民生東路1段54號2樓之2