


高雄市爭議調處人員職業工會 入會申請書【勞健保】

申請人姓名	介紹人	連絡電話	行動電話
		(O) (H)	
通訊地址 (繳費單、公文書寄送地址)：			<input type="checkbox"/> 無眷屬 <input type="checkbox"/> 眷屬__人 E-mail:

<p style="text-align: center;">.....浮貼身分證(正面影本).....</p> <p>●身分證影本請註明：限辦理工會勞健保專用。</p> <div style="text-align: center;">  <p>入會及費用諮詢</p> </div>	<p style="text-align: center;">.....浮貼身分證(背面影本).....</p> <p>一、單獨參加勞保者，請填『切結書』並附『加保證明』：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 公司負責人，健保已另成立投保單位。 2. 為受雇勞工，健保已加保於他公司行號。 3. 健保已加保於其他職業工會。 4. 健保為「福保」之低收入戶。 5. 健保為第一類公職人員。 <p>二、未成立投保單位之企業社或商號負責人，屬自營業者。</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

入會聲明書

本人確實於高雄市從事國民生活事務爭議調處工作，並由此獲得報酬；贊同 貴會章程宗旨，按時繳納勞健保保費及各項費用，如逾二個月後仍未繳納，願依 貴會章程所定，得徑自辦理退會，特此聲明。嗣後經勞保局查獲，本人違反法令規定或隱匿真實，致受勞保局拒絕保險給付或取消投保資格時，本人願自行承擔責任，謹請 准予 入會為荷。本人通訊地址若有變更時，將主動通知工會；如因本人疏忽怠於通知，而影響繳費單或公文書之寄送，致有損害自身權益時，本人應自行承擔後果。

此 致

高雄市爭議調處人員職業工會

立書人簽名： _____ 民國 年 月 日

個資法同意書

本人同意於辦理會務、勞保、職保、健保及團保範圍內，貴會與提供團體保險之保險公司，包括貴會會務人員、保險公司所屬保險業務員、受保險公司委託招攬本團險契約之保險經紀人或保險代理人公司暨其所屬保險業務員，依個人資料保護法之規定，對本人及眷屬資料有蒐集、處理與利用之權利。

立書人簽名： _____ 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"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 (眷屬人數：本人+__眷) <input type="checkbox"/> 職保(<input type="checkbox"/> 已領勞保老年給付。 <input type="checkbox"/> 未領勞保老年給付且年逾 65 歲。 投保薪資： 申請加保： 年 月 日 簽名：	<input type="checkbox"/> 身分證影本 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 單加勞保切人書 <input type="checkbox"/> 代辦委託書	

會址：高雄市三民區九如二路 255 號 6 樓之 4. 電話：07-5533980 傳真：07-5530338