

大台南保險業務職業工會 入會申請書

會員編號：

姓名		生日	年	月	日	相片
身份證字號：		學歷		性別		
通訊地址 (繳費單寄送地址)						
聯絡電話	(手機)	(宅)				
服務公司		職稱：	公司電話：			
投保薪資		入會日期：	加保日期：			

檢附：身分證影本 保險登錄證影本 戶口名簿影本 薪資文件 其他證明文件

入會聲明書

本人贊同 貴會宗旨遵照章程，確實從事保險業申請入會。入會期間將遵守工會勞保費、健保費、會費每三個月(1.4.7.10月份)繳納方式；日後若有中途轉業、長期在國外或大陸居住工作、入監服刑等情事發生致未能本業工作時，應主動通知工會並辦理退會退保事宜。倘有隱疾而利用工會進行帶病加保勞工保險，掛名投保情形或欺騙工會及其他不法之行為，本人願負法律之責任並放棄先訴抗辯權。入會後凡職業、住址、或其他事項有變更或積欠會費、勞、健保費，均須自動到會辦理變更及繳清，若不到會聲明並辦理，本人願受停保處分，停保後發生勞保、健保事故，未能取得給付，其責任本人願自行承擔後果與責任，謹請 准予入會為荷。

另，本人通訊地址若有變更時，應主動通知 貴工會；若因自己疏忽通知，而影響繳費單或公文書之送達，致有損害自身權益時，本人應自行承擔後果。。

恐口無憑，特立此書為證

此致

大台南保險業務職業工會

立書人簽名：

浮貼申請人身分證正面

請浮貼申請人登錄證正面

浮貼申請人身分證背面

其他文件