

# 臺北市勞動力服務人員職業工會 入會申請書

☆ 無固定職業工會參與者。☆ 無固定職業工會屬性者。☆ 凡年滿十五歲以上之國民，在台北市受雇於從事勞動力服務之勞工，均可申請為本會會員。

姓名	出生年月日			年	月	日
身分證字號	電子信箱					
通訊地址	郵遞區號：□□□					
室內電話	專業技能					
行動電話	會員職別			<input type="checkbox"/> 勞動力 <input type="checkbox"/> 服務人員		
最高學歷	職業介紹			<input type="checkbox"/> 資訊科技 <input type="checkbox"/> 傳產製造		
特殊身份				<input type="checkbox"/> 民生服務 <input type="checkbox"/> 文教傳播		
	<input type="checkbox"/> 單親撫養十八歲以下子女 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 六十五歲以上老人			<input type="checkbox"/> 其他：_____		
如何得知本會	介紹人					
投保薪資	投保薪資：_____ ※未填寫者，視同您同意以本會最低投保薪資級距加保 繳費方式： <input type="checkbox"/> 季繳 <input type="checkbox"/> 半年繳 <input type="checkbox"/> 年繳					
加入團體意外險	每人一天 3.3 元(月繳 100 元)保障家人及自己的生活品質！ 年滿 15 至 70 歲之會員及會員直系親屬皆可投保，詳細保單內容，歡迎來電諮詢或至工會網站查詢！ <input type="checkbox"/> 是(費用採年繳方式，繳至當年底) <input type="checkbox"/> 否					
計費方式	1. 入會費：新台幣 1,000 元整。 2. 常年會費：新台幣 120 元/月。(以月計算) 3. 勞健保費：以勞工保險局及健康保險局最新公告為基準辦理。					
申請注意事項	1. 本會僅於非假日之上班時間內受理入會申請(包含預約申請) 上班時間：週一至週五(國定例假日除外)上午9:00~12:00 下午13:00~17:00。 2. 如符合以下其中一個條件，請來電詢問，依個人情況本會給予詳細諮詢。 (1)年滿四十五歲(含)以上 (2)勞保中斷超過一年以上 (3)懷孕 (4)帶病投保 3. 申請銀行自動扣款及退費服務，應提供會員本人銀行帳戶辦理。 4. 申請人有義務主動查詢任一委辦業務之進度，本會僅提供協助服務。					
應檢附文件	1. 申請表正本一份。 2. 申請人身分證影本。 3. 前一單位轉出證明單。 4. 眷屬附保健保請加附眷屬之戶口名簿影本一份，如該眷屬已年滿20歲需加附在學證明影本一份。 5. 如有以下任一狀況者，請於加保時提供二份工作證明正本： (1)帶病投保 (2)加保當下已懷孕 (3)年滿五十歲(含)以上，且勞保中斷超過一年以上					

申請人願加入「臺北市勞動力服務人員職業工會」(以下簡稱「本會」)為會員，申請人如有參加勞工保險、全民健康保險之需要時，委託本會辦理勞工保險、全民健康保險之相關事宜。申請人遵守本會一切規定，並特別聲明承諾下列事項，若有違反而致使本會蒙受損害，申請人願負一切賠償責任，絕無異議。

1. 申請人係實際從事本會會員資格職業類別之工作。
2. 申請人身體健康狀況良好，確有工作能力，如有帶病投保經勞工保險局查出所造成一切損失，由申請人自行負責。
3. 申請人同意依期限繳納本會各項費用與勞、健保費，如有逾期繳納，而發生任何勞、健保不給付情事，其後果概由申請人自行負責，且本會得責申請人退會、退保。
4. 申請人同意本會為增進會員福利及合於會務推展之需要，得蒐集、利用電腦處理及網路傳遞申請人之相關資料。
5. 經查本會如先行代墊繳費之所屬申請人任一費用，申請人有履行返還責任。
6. 會員於另一投保單位加保前，請務必先辦理本會申請退保作業；傳真簽名申請書，視同正本辦理。
7. 申請人已詳閱申請注意事項。

此致 臺北市勞動力服務人員職業工會

申請人：\_\_\_\_\_ (簽名) 申請加保日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

※ 入會洽詢：02-2707-7727 本會會址：臺北市大安區新生南路 1 段 155 號 5 樓 本會網站：www.tlfsu.org.tw

110.01.22 SL.

眷屬依附健保	1. 眷屬姓名：_____ ID：_____ 生日：____/____/____ 稱謂：_____
	2. 眷屬姓名：_____ ID：_____ 生日：____/____/____ 稱謂：_____
	3. 眷屬姓名：_____ ID：_____ 生日：____/____/____ 稱謂：_____
	4. 眷屬姓名：_____ ID：_____ 生日：____/____/____ 稱謂：_____
	5. 眷屬姓名：_____ ID：_____ 生日：____/____/____ 稱謂：_____

※ 入會洽詢：02-2707-7727 本會會址：臺北市大安區新生南路 1 段 155 號 5 樓 本會網站：www.tlfsu.org.tw