

臺北市勞動力服務人員職業工會 職業災害保險入會申請書

☆ 無固定職業工會參與者。☆ 無固定職業工會屬性者。☆ 凡已領取勞保老年給付及年逾 65 歲已領取其他社會保險養老給付再從事工作，可辦理參加職業災害保險。

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"/> 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"/> 民生服務 <input type="checkbox"/> 文教傳播		
如何得知本會	介紹人		<input type="checkbox"/> 其他：_____		
投保薪資	職災投保薪資：_____ ※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				
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. 職災保費/健保費：以勞工保險局及健康保險局最新公告為基準辦理。		繳費帳號		收款人：臺北市勞動力服務人員職業工會 銀行：元大銀行(806)-大安分行 帳號：2104-2000-1101-44
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/通訊申請) 上班時間：週一至週五(國定例假日除外)上午9:00~12:00 下午13:30~17:00。 2. 通訊方式：傳真入會申請書及相關檢附文件，並與本會會務人員聯絡確認，正本3日內掛號郵寄至本會。 3. 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) 老年給付尚未請領 (2) 帶病投保 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. 通訊申請需檢附繳費匯款單影本一份。 4. 前一單位轉出證明單。 5. 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。 6. 切結書				

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職災保費、健保費，如有逾期繳納，而發生任何職災、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

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

切 結 書

本人_____已領取勞保老年給付或其他社會保險養老給付後再從事工作，故申請台北市勞動力服務人員職業工會職業災害保險，以上所述如有不實造成之一切損失，由本人自行負責。

申請人姓名：

身份證字號：

出生年月日：

連絡電話：

通訊地址：

簽章：

中 華 民 國 年 月 日