



專業/用心/效能

# 桃園市保險業務職業工會 入會申請書



會員編號：\_\_\_\_\_ (工會填寫)

入會加保官方 LINE：@top3391768

姓名	生日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 加勞保及健保(勞保含職災保險) <input type="checkbox"/> 只加勞保(限本人健保為負責人或福保) <input type="checkbox"/> 只加健保 <input type="checkbox"/> 只入會_____/_____/_____	
身分證字號	本人已領取勞保老年給付 <input type="checkbox"/> 加勞保職災保險及健保 <input type="checkbox"/> 僅加健保					
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如下 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 通訊地址變更應立即書面通知本會，以免影響權益。					
聯絡電話	(手機)		(住宅)		(公司)	
續期帳單	<input type="checkbox"/> 手機簡訊 <input type="checkbox"/> 紙本郵寄通訊地址 <input type="checkbox"/> 銀行扣款(需另寫授權書)					
投保薪資	勞保： <input type="checkbox"/> 基本薪27470 <input type="checkbox"/> 其他_____ 健保： <input type="checkbox"/> 基本薪27470 <input type="checkbox"/> 其他_____		必備證件		1. <input type="checkbox"/> 身分證正反面 2. <input type="checkbox"/> 登錄證(產險/壽險皆可)	
加保日	勞保：____年____月____日 不可追溯加保 健保：____年____月____日 可銜接斷保日		服務單位		公司/ 分公司	
附加眷屬	稱謂：_____ 姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生日期：_____					
	稱謂：_____ 姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生日期：_____					
	稱謂：_____ 姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生日期：_____					
	稱謂：_____ 姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生日期：_____					
加入團保	<input type="checkbox"/> 是 (申請書及收費請另洽會務人員)		投保高薪檢附		<input type="checkbox"/> 承攬合約書或承攬關係在職證明 <input type="checkbox"/> 最近3個月薪資證明(需於加保後2週內提供)	

### 聲明書

- 本人確實於本區域從事保險業務招攬相關工作，且加保當日人在中華民國境內，自願加入為會員，願遵守貴會一切有關章程及決議案，按時繳納會費、勞保費、健保費決無異議。
- 本人確實遵守勞工保險條例、全民健康保險法之規定，嗣後如有違反法令規定情事，因而拒付保險給付或被取消投保資格時，其所生賠償自願負擔有關一切責任。
- 本人同意加入貴會為會員並參加勞工保險，其生效日期同意以勞保局核定之日期為準。
- 投保勞保即為有工作及收入者，正在住院中、請領勞保各項給付或失業給付請勿投保以免影響權益。
- 本人同意若有變更資料應立即書面通知貴會，如未通知貴會所造成權益損失由本人自行負責。
- 本人同意欲退會、退保會主動提出，並填寫退會(退保)切結書及繳清所有費用，並由貴會依章程及決議辦理。

此 致

桃園市保險業務職業工會

立書人：\_\_\_\_\_ (簽名)  
 簽名日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
 推薦人：\_\_\_\_\_ 會員編號：\_\_\_\_\_ (工會填寫)

本人因故無法提供登錄證，於入會後2週內補繳，登錄證字號為\_\_\_\_\_

審核 理事長：\_\_\_\_\_ 會務秘書：\_\_\_\_\_ 經辦人：\_\_\_\_\_