台北市醫類業職業工會入會申請書　編號：B_____

姓 名				身份證統一編號																				
生 日	年　月　日			投保薪資	勞保薪資（基本２４,０００）								健保薪資（基本２４,０００）											
工作內容				工作地址																				
會員電話	住家:			辦公室:									手機:											
戶籍地址																								
繳費單寄送地址	□□□□□																							
E-mail													懷孕：□無 □有 領有殘障手冊 □無 □有											
連絡人	親友姓名:			電話:									關係:											

聲 明 書

本人確實從事無一定雇主(自營作業)之醫製食品製作或食品加工、運送、包裝、服務、行銷、小吃、攤販等相關工作之勞工，自願加入　貴會為會員並參加屬於(社會福利之勞、健保)，其生效日期以勞保局核定之日期為準。願遵守貴會一切規章暨勞工保險條例等規定且按時繳納勞、健保費及會費，嗣後如經相關單位清查有違反法規之情事，因而被拒絕勞保給付或取消投保資格，致發生訴訟事件時，同意以台北地方法院為惟一管轄權，並願負擔一切相關賠償責任，特此聲明。

※願意配合勞、健保局等單位，提供相關證明。

※本人同意所提供個人資料限工會辦理勞、健保暨工會會務使用。

※若地址、電話變動時，務請通知工會更改，以免未收到相關資料有損自身權益。

此致

台北市醫類業職業工會

立書人：_____（簽名）

中　華　民　國_____年_____月_____日

加保日	生效日	理事會審核	備註

◎本人請注意加保當日須未住院、未出國且確實從事本業。

◎如有眷屬依附健保，需附身份證或戶口名簿影本。

◎加保請於上班時間早上 8:30-12:00 下午 13:00-15:00 前辦理。

ATM 轉帳→台灣銀行代號：004，工會帳號：91530＋本人身份證英文代碼＋數字後九碼（共 16 碼）

◎英文代碼對照表如下:

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

會址：(10041)台北市忠孝西路一段 50 號 13 樓之 38

洽詢電話：(02)2361-0296　　傳真：(02)2370-0598

※各項福利、權益辦法請參考本會官網：

網址：http：//bs99.org.tw 電子信箱：bs99.org@msa.hinet.net