

台北市醬類業職業工會入會申請書

編號：B

姓 名											身分證 字號									生 日	年	月	日																	
工作內容											勞 保	☐ 勞保薪資(28,590)										健 保	☐ 健保薪資(28,590)																	
Email												其它薪資：											其它薪資：																	
會員電話	(H):										(O):										分機:										手機:									
戶籍地址	□□□□□																																							
繳費單 寄送地址	□□□□□																																							
補助身份： ☐ 無 ☐ 有補助 ☐ 輕 ☐ 中 ☐ 重度											(女性)懷孕： ☐ 無 ☐ 有											月																		
連絡人	親友姓名：										電話：										關係：																			
聲 明 書 一. 本人自民國 ____ 年起於台北市迄今仍持續從事與醬類相關之自營作業、無一定雇主、食品製作、加工、買賣、運送、包裝、服務、行銷、企劃、小吃、攤販、清潔等周邊服務工作勞工，申請加入為會員參加社會福利保險；生效日期須待完成繳費及申報作業後，以勞、健保局之核定日期為準。 二. 願遵守一切勞工保險條例等規範，<u>按時繳納勞、健保費、會費，同享社會福祉</u>，嗣後如經相關單位清查有違反本會、相關單位、法規、聲明之情事，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唯一管轄權，並願負擔一切相關賠償責任。 三. 於加保期間，同意配合勞、健保局、本會，提供相關工作證明，若不便出具將依法辦理。 四. 已於民國 ____ 年 ____ 月自前單位退勞保，現有從事上述相關服務工作。 五. 最近幾年 ☐是 ☐否曾住院。 六. 同意所提供個人資料限工會辦理勞、健保、會務使用。 七. 因故重覆加保或不再從事本業時，需速填寫本會退保申請書，完成退保手續，如未即時辦理致增加保費、滯納金、會費以月計，需由本人自負全責。 八. 若地址、電話變動時，務請通知本會變更，以免有損自身權益。 ※※上述聲明本人均已詳閱並如實填寫※※ 此致 台北市醬類業職業工會 立書人：_____ (簽名) 中華民國 ____ 年 ____ 月 ____ 日																																								

◎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→臺灣銀行代號：004，帳號：91530+英文代碼+身份證數字九碼

◎英文代碼對照表如下：

(共 16 碼)

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



加入工會 LINE@



113/01/15