



高雄市幼兒托育職業工會 入會申請書 編號:A \_\_\_\_\_ 填表日期: 年 月 日

姓名	出生	年	月	日	相片
身分證字號	E-mail				
戶籍地址					
通訊地址					
電話	(家)	(行動)	其他聯絡人:		
最高學歷			身障等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 極重度及重度	
保母證照	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 到宅		保母系統	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入	
投保薪資	勞保投保薪資: _____		健保投保薪資: _____		
眷屬	1.姓名: _____ ID: _____ 生日: / / 稱謂: _____				
健保附保	2.姓名: _____ ID: _____ 生日: / / 稱謂: _____				
	3.姓名: _____ ID: _____ 生日: / / 稱謂: _____				
	4.姓名: _____ ID: _____ 生日: / / 稱謂: _____				
記費方式	1.永久入會費: 500 元 2.月費: 200 元 3.團險: 50 元 <input type="checkbox"/> 加 _____ <input type="checkbox"/> 不加 4.勞保費/健保費:以勞工保險局及健康保險局最新公告為基準辦理。				
檢附文件	1.申請人身分證影本 2.照片 1 吋 2 張 3.相關證書或證照影本 4.眷屬健保依附者請附戶口名簿影本, 如該眷屬已年滿 20 歲須附在學證明影本。				

申請人 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。
2. 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 6 個月未繳納, 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. 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。
5. 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。
6. 當月五號(含)前轉出者一律不收月費。
7. 勞保之審核權隸屬於勞工保險局。
8. 會員之相關福利:須入會滿一年為主。
9. 退會會員復會:會員資格自重新入會日重新起算, 得以享有工會各項福利。

申請人: \_\_\_\_\_ (簽名)

申請加保日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

經辦人: \_\_\_\_\_

總幹事: \_\_\_\_\_

理事長: \_\_\_\_\_

電話: 07-310-1311 343-1163  
傳真: 07-343-1190

會址: 高雄市左營區新莊一路 151 號 13F-1