



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	E-mail				
戶籍地址					
通訊地址					
電話	(家)	(行動)	其他聯絡人:		
學歷	科系:		前/現服務單位		
保母證照	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否	托育結業證書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否	相關科系	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
居家托育中心	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 到宅 _____區		準公共托育證		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否
投保薪資	勞保投保薪資: _____		健保投保薪資: _____		
眷屬 健保附保	1.姓名: _____ ID: _____		生日: / /		稱謂: _____
	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: 250 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				
◎本人是否懷孕中 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ◎過去一年有否因為疾病, 或職業傷害住院接受醫院治療 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
◎本人是否領失業補助 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *如未誠實告知, 若收到勞健保局函時, 通知被保險人逕予退保。					

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. 申請人身體健康狀況良好, 確實從事本業工作, 如【帶病投保、懷孕、人在國外者】, 未事先誠實告知工會者, 發生給付糾紛, 本會概不負責。
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。
3. 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。
4. 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。
5. 當月五號(含)前轉出者一律不收月費。
6. 勞保之審核權隸屬於勞工保險局。
7. 會員之相關福利: 須入會滿一年為主。
8. 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

理事長: _____

總幹事: _____

經辦人: _____