



高雄市幼兒托育職業工會 入會申請書

會員
編號

A

填表
日期

年 月 日

姓 名			身 分 證			相 片
出生日期	年	月	日	E-mail		
戶籍地址	□□□					
通訊地址						
電 話	手機:	緊急聯絡人電話:			關係:	
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	
居家托育服務中心	<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	<input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 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 _____月起 <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：_____

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 之 1
官 網：<http://www.kccu2005.org.tw>

11402 版