

彰化縣腳底按摩職業工會

彰化縣電子科技產品研發設計人員職業工會

◆ 調高薪資申請書 ◆

會員編號		調升薪資者身份	被保險人		填表日期	
姓名		性別		身份證號	出生日期	
住家電話		傳真		行動電話		
聯絡地址	郵遞區號 □□□-□□					
調升前投保薪資				備註		
調升後投保薪資				調升日期		
確認無誤，被保險人簽章 (親簽+蓋章)						

注意事項

收件日當月申報，生效日為次月1日。傳真辦理手續請務必當日來電確認！

填好申請表請於每月20日前傳真04-7222726或掛號回寄500彰化市民族路361巷6號

調薪者請配合以下條件提出申請

1. 當勞工保險局審定本人從業資格及薪資時，願提具工作證明及薪資表並接受審定，如有不合勞保條例規定，以致被取消保險資格時，願付一切責任，並放棄先訴抗辯權。
2. 本人自決調整薪資時，前三個月平均薪資收入有達薪資調整級數標準。
3. 最近六個月並無重大疾病或接受健康檢查、受傷、住院、長期治療…等。
4. 經同意調整，不可撤回。
5. 調整薪資需本人親自辦理。

★ 【委託調整薪資之被保險人請詳細閱讀後務必簽名】

申請人簽名：_____

~~ 被保險人之身分證影本黏貼處 ~~

身分證影本正面

身分證影本反面