

彰化縣腳底按摩職業工會

◎ 入 會 申 請 書 ◎

☐年繳 ☐半年繳
☐季繳 ☐月繳

會員編號		加保日期	年 月 日	加保項目	☐ 勞保 ☐ 健保 ☐ 團保 ☐ 職災	投保薪資	
會員姓名		身份證號		出生日期		一寸照片兩張	
行動電話		住家電話		公司電話			
戶籍地址	□□□-□□						
通訊地址	□□□-□□						
電子信箱						店名	
介紹人		介紹人電話				職稱	

～ 眷 屬 加 保 情 況 ～(如無附加眷屬請勿填寫)

稱謂	姓 名	出 生 日 期	身 份 證 號	健保-加保日	團保-加保日
父親				年 月 日	年 月 日
母親				年 月 日	年 月 日
配偶				年 月 日	年 月 日
子女				年 月 日	年 月 日
子女				年 月 日	年 月 日
子女				年 月 日	年 月 日

會員須知

- 第一次入會費500元整(轉出請務必提前告知)
 - 每月會員常年月費150元
 - 勞、健保三個月繳一次，團保費半年繳一次
 - 申請入會時請本人攜帶身份證影本一份、1吋照片2張
眷屬依附加保需附戶口名簿影本或戶籍謄本一份
- 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
傳真辦理手續請務必當日來電確認！

聯絡電話：(04)722-2726

傳真號碼：(04)722-2726

傳真請先來電告知

本人從事腳底按摩及相關工作，為無一定雇主之籤業勞工。茲願依法申請加入工會，遵守一切規章，如有違反願受除會處份，並委由工會依法代為申辦勞工保險及全民健康保險等事宜

申請人簽章：

身份證影本 正面

身份證影本 反面

切結書

本人_____因尚從業中，自願自即日起加保滿三年以上，方可申請由工會代辦理退休領取老年給付「一次金或勞保年金」。若加保未滿三年，仍想提前退休者，僅能由工會辦理退保手續。

如無從事腳底按摩從業人員，以致不符勞保局加保之身份，勞保局予以退保，由本人自行負責。特立此據申明無誤。

立切結書人：

出生年月日： 年 月 日

身份證字號：

通訊地址：

請據實告知

下列證件或事實，有請打√，無請打X

1. 被保險人為負責人身份.....☐ 2. 領有低收入戶者(福保).....☐
3. 被保險人領有殘障手冊.....☐→眷屬領有殘障手冊.....☐
4. 被保險人領有重大傷病卡.....☐→眷屬領有重大傷病卡.....☐
5. 被保險人目前仍申請失業補助中...☐→眷屬目前仍申請失業補助中.....☐
6. 目前住院診療中.....☐7. 專業技能證照.....☐
8. 工作證明.....☐9. 其他_____.....☐

中華民國 年 月 日

請浮貼「低收入戶卡、殘障手冊、重大傷病卡」影本