

☐ 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
☐ 彰化縣傳統整復員職業工會

轉 出 申 請 書

會員編號		需轉出者身份		☐ 本人 ☐ 眷屬		轉出項目	☐ 勞保 ☐ 健保 ☐ 職災 ☐ 團保	
姓名		身份證號				生日		
電話		傳真			手機			
地址	郵遞區號 □□□-□□							
稱謂	姓名	身份證號	出生日期	健保轉出日	團保轉出日			
父親								
母親								
配偶								
子女								
子女								
子女								
說明	若非本人申請，代理人願負一切責任。							
注意事項	轉出請務必提前告知，當日申報當日即轉出							
	填好申請表請【傳真】04-7222726 或【掛號寄回】500彰化市民族路361巷6號							
	傳真辦理手續，請務必當日來電04-7222726確認！							
轉出原因	☐ 轉換投保單位(公司加保) ☐ 離職 ☐ 退會 ☐ 退休(辦理老年給付)							
	☐ 服兵役 ☐ 其他(請說明)：							

被保險人簽名：

繳至日：

退保轉出日：

需補繳：

元

代理人或單位承辦人簽名：

需退費：

元

代理人或單位承辦人聯絡電話：

退費將：

☐退匯 或 ☐結至下期

與被保險人關係：

需退匯之會員請附本人戶名之存摺影本&填寫下表：

金融機構			所屬分行	
戶名		帳號		