

# 桃園市勞動力援助職業工會

## 會員再加保申請書

本人\_\_\_\_\_身分證字號：\_\_\_\_\_申請

自民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日起加保

☐勞保 ☐職保（已領勞保老年給付者） ☐健保（另追溯\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_）

並聲明投保薪資為 ☐基本薪資(29500 元) ☐其他\_\_\_\_\_元。

- 一、本人確實於本區域從事勞務人力相關工作，且加保當日人在中華民國境內，自願加入為會員，願遵守貴會一切有關章程及決議案，按時繳納會費、勞保費、健保費絕無異議。
- 二、本人確實遵守勞工保險條例、全民健康保險法之規定，嗣後如有違反法令規定情事，因而拒付保險給付或被取消投保資格時，其所生賠償自願負擔有關一切責任。
- 三、本人同意加入貴會為會員並參加勞工保險，其生效日期同意以勞保局核定之日期為準。
- 四、投保勞保即為有工作及收入者，正在住院中、請領勞保各項給付或失業給付請勿投保以免影響權益。
- 五、本人**已確認再次加保時各項通訊資料無誤**，同意若有變更資料應立即書面通知貴會，如未通知貴會所造成權益損失由本人自行負責。
- 六、本人同意欲退會、退保會主動提出，並填寫退會(退保)切結書及繳清所有費用，並由貴會依章程及決議辦理。

此 致

桃園市勞動力援助職業工會

會員本人**簽名**：\_\_\_\_\_ **簽名日期**：\_\_\_\_\_

※本人確認加保當日人在中華民國境內

工會圖章：



會員編號：\_\_\_\_\_（工會填寫）

傳真：03-3391770 或 LINE ID：@yes3391699

回傳後請務必**來電確認**，並以**取得加保證明**為完成加保手續 11501 修正版