

新北市幼教從業人員職業工會

加保申請書

22068 新北市板橋區中山路二段 419 號 3 樓 電話：(02)8952-1816 傳真：(02)8952-1817

| | | | | | |
|---|--------|----------|--------|-------------------|-------|
| 姓名 | | 出生日期 | | 照片 黏 貼 處 | |
| 身分證號 | | 最高學歷 | | | |
| 戶籍地址 | □□□□□□ | | | | |
| 通訊地址 | □□□□□□ | | | | |
| 電子信箱 | | | | | |
| 服務單位名稱 | | 手機： | | | |
| 教育單位服務年資 | | 電話： | 傳真 | | |
| 服務單位地址 | | | | | |
| 介紹人： | | | 介紹人電話： | | |
| | | | 手機： | | |
| 入會方式： <input type="checkbox"/> 招牌 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 電話洽詢 | | | | | |
| 申請別 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 加保日 _____ <input type="checkbox"/> 勞保級距\$ _____ <input type="checkbox"/> 健保級距\$ _____ | | | 勞保費用說明 | | |
| <input type="checkbox"/> 入會費 \$1000 <input type="checkbox"/> 月費\$ _____ <input type="checkbox"/> 勞保費\$ _____ | | | 級距 | 勞保費 | 健保費 |
| <input type="checkbox"/> 健保費\$ _____ <input type="checkbox"/> 眷屬健保費\$ _____ | | | 20,008 | \$1,094 | \$642 |
| 總計 _____ 繳至日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | 20,100 | \$1,099 | \$642 |
| | | | 21,000 | \$1,149 | \$642 |
| | | | 21,900 | \$1,199 | \$642 |
| | | | 22,800 | \$1,247 | \$642 |
| 健保眷屬姓名 1： | | 眷屬身份證字號： | | 眷屬生日： | |
| 健保眷屬姓名 2： | | 眷屬身份證字號： | | 眷屬生日： | |

申請人請備下列文件：

1. 身分證正反面影本(請影印清楚)
2. 1 吋照片 2 張
3. 眷屬若要一同加保，請另外附上戶籍謄本，無眷屬加保則可不附。(須有眷屬本人之生日及身分證字號等資料才可加保，滿 20 歲學生須附在學證明)
4. 勞保、健保相關退保證明(影本)，
5. 資料請務必填妥，並註明服務單位之幼稚園聯絡電話、傳真、E-mail
6. 加保時間週一至周五早上 9 點至下午 5 點，國定假日本會不辦理加退保。調薪手續順延至次日

| | | | | | |
|------|------|------|-----|-----|-----|
| 會員編號 | 收件時間 | 處理時間 | 承辦人 | 總幹事 | 理事長 |
| | | | | | |

身分證黏貼處

身分證正面黏貼處

身分證反面黏貼處

入會切結書：（請詳閱後在下方簽名欄簽名）

1. 本人確實從事幼教相關工作之勞工或無一定雇主，如有不實願負全責。
2. 本人若要加入工會之勞保、健保，一切依勞保局、健保署相關業務規定辦理之外，若有帶病投保，一旦發生理賠糾紛，其一切損失，皆由本人自行負責。
3. 本人若要申請退會退保必須填寫本會退會退保申請書，否則後續所衍生的費用皆由本人自行負責。
4. 申請人保證依工會規定繳交各項費用。
5. 本人通訊或戶籍異動未向本會申請變更以致收不到通知，所衍生損失皆由本人自行負責，與本會無關。
 雙重加保如果會員事先告知來函處理，否則退保視同自願，雙重加保需重複計算費用。
 以上各點如有未逮時，由工會責其退會、退保，絕無異議；一切損失，由申請人負責。
6. 工會繳費方式說明：1. 四大便利超商繳費 2. ATM 轉帳 3. 國泰世華臨櫃繳款
7. 工會繳費期限說明：收費月份當月內繳入，逾期將依照勞保局、健保署規定酌收滯納金，並於次月 15 日申報欠費，當事人不得有異議且須依照規定照實繳費。
8. 入會會員注意，請會員確實將資料郵寄回本工會，未依照程序寄回相關資料者，將視為未完成入會手續，權益損失本工會概不負責。
9. 如當月退會者(例 3/10)，應收當月會員費用 200 元
10. 年滿 45 歲以上和斷保一年以上，勞保局會訪視被保人，不得拒絕訪視及提供佐證證明。
11. 本條文工會隨時享有更改內容之權力。

簽署此書時，茲為同意上述條文

入會申請人簽章：_____

入 會 申 請 日 期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

工作人員填寫區(申請人請勿填寫)

| | | | |
|---------|--|---------|--|
| 勞保加保日期: | | 勞保退保日期: | |
| 健保加保日期: | | 健保加保日期: | |
| 承辦人: | | 承辦人: | |
| 備註 | | 備註 | |