

# 臺北市娛樂休閒業產業工會 臺北市特殊娛樂業從業人員職業工會

介紹人： \_\_\_\_\_

入會申請書

會員證編號： \_\_\_\_\_

<b>姓 名</b>	<b>身分證字號</b>	<b>連絡電話【請務必填寫】</b>		<b>相 片</b>
		(手機)： _____		
		(住家)： _____		
<b>通訊地址</b> (繳費單寄送地址)		_____		
<b>特殊身份</b>	<input type="checkbox"/> 以下皆無 <input type="checkbox"/> 住院中 <input type="checkbox"/> 中/低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 外籍配偶 <input type="checkbox"/> 懷孕中_個月 <input type="checkbox"/> 請領失業補助中    (輕/中/重/極重度) <input type="checkbox"/> 公司負責人 <input type="checkbox"/> 重大傷病者 <input type="checkbox"/> 預計進行重大手術 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
<b>緊急聯絡人</b>	_____	<b>聯絡電話</b>	_____	<b>關係</b>

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">-----浮貼-----</div> <b>身分證影本</b> (正面)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">-----浮貼-----</div> <b>身分證影本</b> (背面)
---	---

眷屬 健保附保	姓 名	身分證字號	出生日期	姓 名	身分證字號	出生日期
		_____	_____	年 月 日	_____	_____
	_____	_____	年 月 日	_____	_____	年 月 日

**檢 附 資 料**

<input type="checkbox"/> 身分證影本	<input type="checkbox"/> 身心障礙卡影本	外籍： <input type="checkbox"/> 居留證影本	<input type="checkbox"/> 戶籍謄本影本	<input type="checkbox"/> 出入境查驗章
<input type="checkbox"/> 戶口名簿影本	<input type="checkbox"/> 中/低收入戶證明	<input type="checkbox"/> 其他： _____		
<input type="checkbox"/> 照片 1 張	<input type="checkbox"/> 其他： _____			

## 切 結 書

- 一、申請人本人需親自辦理，不得委託他人代辦。
- 二、申請人實際從事八大相關行業工作之勞工，年滿十六歲均得加入本職業工會且為無一定雇主或自營業者(獨立從事勞動或技藝工作，獲致報酬且未雇用有酬人員幫同工作者)。無行為能力或限制行為能力之未成年勞工加入本會者，應具法定代理人之書面同意。今申請加入 臺北市特殊娛樂業從業人員職業工會 / 臺北市娛樂休閒業職業工會 為會員，謹聲明願無條件遵守貴會一切規章，履行一切義務，並請代為申報勞、健保，若有違反訛報不實者，或因積欠勞工保險費或全民健保費致影響被保險人權益時，致使發生勞保局、健保局拒付保險給付之情況，被保險人願無條件擔負法定與賠償全責與 貴會無關，謹請 准予入會。  

實際從事特殊娛樂業工作之勞工，指於歌廳、舞場及有侍者陪伴之夜總會、舞廳、酒家等特殊娛樂業，從事服務生、服務經紀人員、服務管理人員、顧問推薦人員、小弟、小妹、櫃檯服務、領班、領檯、經理、娛樂表演人員等從業工作人員；前述特殊娛樂業各項從業工作人員，不包括陪侍人員或實際從事陪侍工作者。
- 三、申請需經通過審查核准後，取得會員資格，委託工會依法向勞、健保局投保，辦理勞工保險與全民健康保險資格。勞工保險與全民健康保險，加保生效日期以勞保局、健保局正式核定日期為準。申請人未取得會員資格者，如在勞保生效日期(含生效當日)前所發生之疾病與發生事故，所有給付工會概不負責。另如有不實致遭停保處分，(且預繳保費不退還)本人願自負責任，絕無異議。
- 四、本人願依貴會規定遵守工會一切規章，如有違反工會規章，逾期未正常繳納工會各項費用及勞保費、健保費等視為自願停權，致喪失勞、健保加保資格及會員資格，同意取消本人會員資格，並由工會向勞保局、健保局完成欠費退保手續；逾期繳納期間而發生任何意外等事情，其後果由本人自行承擔負責，絕無異議。
- 五、入會加保後，因故轉業因素，需辦理退保者，請主動至工會辦理退保程序，會費計算以退會當月底結算(按月計)。
- 六、具勞健保身份會員者，未辦理退保或逾二個月未繳費，將依勞、健保條例按月申報欠費及滯納金，且停止各項福利及給付，若三個月未繳納將自動停保，除上述會員身份之外者，超過三個月未繳納將自動退會，且退會停保前積欠之費用，皆需自行補繳。
- 七、本人欲申請退保退會時，願依 貴會規定辦理退保退會手續，倘若尚有積欠任何款項或勞保費、健保費、滯納金等，皆需立即繳清費用。
- 八、依據勞保局規定如有出具不實之證明帶病加保(嚴禁心臟、腫瘤、癌症、尿毒、高血壓、甲狀腺肺結核、慢性病等重大疾病)，經查覺將立即取消投保資格並須賠償一切醫療費用，以詐欺或其他不正當行為領取保險給付者，造成溢領或誤領給付情形時，勞保局除追回給付外，並按其領取的保險給付處以倍罰鍰，倘有隱瞞致使發生勞保局拒付勞工保險給付之情況，本人願放棄所有權益。
- 九、本人帶病入會加保、經勞保局審查中途變換職業、出國未辦理退會退保而發生一切糾紛，概與 貴會無關。
- 十、本人目前並無懷孕或住院或預計住院，並保證加保後六個月內無計劃申請勞保給付(不可抗拒因素除外)。

**本人表明已詳閱、了解、並同意上述之同意聲明，並由以下之簽名證明。**

此致  
臺北市娛樂休閒業產業工會 / 臺北市特殊娛樂業從業人員職業工會

立切結書人： \_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 入會須知

本人無一定雇主或自營業者(獨立從事勞動或技藝工作，獲致報酬且未雇用有酬人員幫同工作者)，實際從事本業之勞工，申請加入 臺北市特殊娛樂業從業人員職業工會 / 臺北市娛樂休閒業職業工會 為會員，願遵守工會一切規章，如有違反，致使發生勞保局、健保局拒付保險給付之情況，本人願負完全責任與 貴會無關，謹請 准予入會。

入會請備妥下列證件，本人親自至工會辦理。

1. 身份證正本、印章、1吋照片 1 張、保險費用。
2. 本業相關在職證明一份&健保轉出單。
3. 外籍人士需攜帶居留證、戶籍謄本、健保轉出單(首次加保請先至移民署列印出入境證明)。
4. 眷屬依附加保健保者對象需提供之資料：
  - ★父母：身份證影本。
  - ★未滿 8 歲子女者：戶口名簿影本。
  - ★未滿 20 歲子女者：戶口名簿影本、在學學生需檢附有效註冊之學生證正反面影本。
  - ★20 歲子女者：身份證影本、在學學生需檢附有效註冊之學生證正反面影本。【若已申請政府補助(中低收入/低收入/殘障補助)，請附上最新年度補助影本】。

★入會費：\$1,000 元 / \$1300 元 / \$1800 元。☆經常會費：\$200 元 / \$260 元 / \$360 元。

【入會費 / 經常會費 / 勞保費 / 健保費 皆依投保勞保、健保薪資等級收費】。

(入會者繳納入會費即成為正式會員，會員需遵守工會規定按時繳納各項費用以維持會員資格，會員之資格因會員違反工會相關規定致取消會員資格者，其已繳納之費用恕不退還)。

※工會繳費方式：超商繳費/ATM 轉帳/銀行匯款(三者皆可選擇)繳納保費。

※繳費通知方式：

1. 每月郵寄繳費通知單至會員通訊地址，只寄一次，不再另行通知。每月以電子繳費簡訊通知會員。

會員通訊地址若有搬遷變更、聯絡電話變動或會員每月 15 號沒有收到「繳費通知單」、「手機繳費簡訊」...等事項，會員務必自行來電通知工會辦理變更或重發送繳費簡訊。

※超商繳費期限：每月 24 號截止，

逾期繳費需至本會會址：台北市中山區錦州街 36 號 6 樓 繳納，繳納期限至當月最後一日止。

注意事項：避免喪失勞健保權益，會員需按時繳納費用，若當月未繳納或失聯會員者，勞健保將會被轉出(欠費退保)，不可不慎！

### 工作地點：

單位名稱	
地址	
工作內容	
任職期間	<input type="checkbox"/> 自 年 月 日起 至今仍在職
二擇一 請勾選	<input type="checkbox"/> 自 年 月 日起 至 年 月 日止
計薪方式	<input type="checkbox"/> 按時計薪 <input type="checkbox"/> 按日計薪 <input type="checkbox"/> 以件計酬
	<input type="checkbox"/> 其他：_____ 請說明

### 切結書

本人\_\_\_\_\_確實於上表所示之工作地點服務，為申請入會於臺北市特殊娛樂業從業人員職業工會參加投保勞健保，特具結本人目前就業情形如下，如有不實，本人願負偽造文書等一切法律責任。

立切結書人：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 以下欄位由本會填寫

核定入會日期	勞健保投保薪資等級	勞健保申報日期
年 月 日	勞保投保薪資： 健保投保薪資：	年 月 日

工會地址：104 台北市中山區錦州街 36 號 6 樓 電話：02-2537-3355 02-2564-3535 傳真：02-2541-0202

E-mail:entertainment1031101@gmail.com Line ID:0965151857 Wechat ID:0965151857