

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：_____

姓 名	身分證字號	連絡電話【請務必填寫】		相 片
		(手機)： (住家)：		
通訊地址 (繳費單寄送地址)				
特殊身份	<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(輕/中/重/極重度) <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 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <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			
緊急聯絡人	聯絡電話	關係		

-----浮貼----- 身分證影本 (正面)	-----浮貼----- 身分證影本 (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			年 月 日

檢 附 資 料

身分證影本 身心障礙卡影本 外籍：居留證影本 入出境查驗章 首辦健保卡照片
戶口名簿影本 中/低收入戶證明 其他：_____

照片 1張 2張 其他：_____

入 會 須 知

- 入會請備：1吋照片 2 張、身分證正反面影本乙份。若有眷屬加健保，請附上戶口名簿影本。
 【眷屬若滿 20 歲仍在學，須再另附當期蓋有註冊章學生證】
 若已申請政府補助(中低收入或低收入或殘障補助)，請附上最新年度補助影本。
- 入會者應繳：★入會費 1,000 元 (於入會時一次繳納，成為正式會員)。
 ☆經常會費 200/260/360 元 (視投保勞保、健保薪資等級調整)，經常會費採半年繳(200*6)。
- 會員勞保費、健保費首次因辦理加、退保手續，採預收兩個月勞、健保費用。

※工會繳費方式為超商繳費/ATM/銀行(三者皆可選擇)繳納保費，「繳費通知單」每月月中寄到您的府上，只寄一次，不再另行通知。因此，會員通訊址址處若有搬遷變更、換電話或月初/每月中旬止沒有收到「繳費通知單」...等事項，務必來電通知工會。

※超商繳費期限：每月 24 日以前，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，若當月未繳納或失聯者，其勞健保會被轉出(退保)，不可不慎！

切 結 書

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，遵守工會一切規章，如有違反，致使發生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。

- 申請經通過取得會員資格後，方可委託工會辦理勞工保險與全民健康保險。勞工保險與全民健康保險，加保生效日以勞保局、健保局正式核准日為準。
- 本人願依貴會規定遵守一切規章，如有違反，如逾期未繳納工會各項費用與勞、健保費視為自願停權，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、健保局完成退保手續。逾期繳納而發生任何意外等事情，其後果由本人負責，絕無異議。
- 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)，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。
- 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。
- 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，本人願立即繳清費。
- 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)。

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

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

會址：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