

臺北市解說員職業工會 眷屬轉出/停保申請書

會員編號		會員連絡電話	
會員姓名		會員身分證字號	
<p>本人已詳閱退保注意事項，同意臺北市解說員職業工會依據以下慎選之資料辦理退保事宜，特立此書為憑。 此致 臺北市解說員職業工會</p> <p style="text-align: right;">立書人：_____</p> <p style="text-align: right;">中華民國 年 月 日</p>			
檢附資料	<input type="checkbox"/> 健保局逕轉保公文(逕轉者須檢附) <input type="checkbox"/> 其他_____		

辦理轉出/停保者基本資料

序號	眷屬姓名	稱謂	出生日期	身分證字號	申請別/退保日	申請轉出說明
1					<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團體意外險 _____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 年滿 20 歲無在學者 <input type="checkbox"/> 轉換依附投保人 <input type="checkbox"/> 服兵役 <input type="checkbox"/> 其他_____
2					<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團體意外險 _____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 年滿 20 歲無在學者 <input type="checkbox"/> 轉換依附投保人 <input type="checkbox"/> 服兵役 <input type="checkbox"/> 其他_____
3					<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團體意外險 _____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 年滿 20 歲無在學者 <input type="checkbox"/> 轉換依附投保人 <input type="checkbox"/> 服兵役 <input type="checkbox"/> 其他_____
4					<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團體意外險 _____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 年滿 20 歲無在學者 <input type="checkbox"/> 轉換依附投保人 <input type="checkbox"/> 服兵役 <input type="checkbox"/> 其他_____
5					<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團體意外險 _____年 _____月 _____日	<input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 年滿 20 歲無在學者 <input type="checkbox"/> 轉換依附投保人 <input type="checkbox"/> 服兵役 <input type="checkbox"/> 其他_____

備註及注意事項：

1. 投保眷屬範圍：無職業的配偶、無職業的直系尊親屬（父母、祖父母）、二親等內系卑親屬（子女、孫子女）未滿二十歲且無職業、或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀或應屆畢業未滿一年或退伍未滿一年且無職業者得以眷屬身份辦理，或依條件檢附重大傷病證明、學生證影本、退伍令影本等相關文件辦理。
2. 會員本人之勞/健保、團體保險辦理退保者，其所屬之眷屬需一併辦理轉出退保。
3. 如有欠費用產生，將通知會員本人於期限內繳納，逾期未繳，將依法令規定辦理欠費通報。
4. 退保日期依據法令規定不可溯及既往。

總會：臺北市文山區景華街 47 號(捷運景美站)

電話：02-29325187 傳真：02-29329697

分會：臺北市中正區忠孝西路 1 段 50 號 18 樓之 4(捷運台北車站)

電話：02-23706669 傳真：02-23706663