入會申請書暨切結書

臺北市解說員職業工會

會員編號：

姓名		性別		出生年月日		照片
身分證字號		訊息來源	☐網路 ☐傳單 ☐親友介紹：_____			
連絡電話	(日) (夜)	行動電話				
戶籍地址	☐☐☐					
通訊地址	☐同上/☐☐☐					會員類別：
特殊身份	☐**以下皆無** ☐外籍配偶 ☐中/低收入戶 ☐身心障礙者(輕/中/重/極重度) ☐住院中 ☐預計進行重大手術 ☐懷孕中____個月 ☐公司負責人 ☐請領失業補助中 ☐重大傷病者 ☐其他_____					
備註	勞保：☐加保中(預計____停保) ☐已停保(____個月) ☐從未加保 健保：☐加保中(預計____停保) ☐已停保(____個月) ☐已鎖卡					※前單位投保薪資
加保別	☐勞保薪資： 加保日： 年 月 日起					需經理事會審核通過取得會員資格後，方可辦理加保，加保生效日以勞健保險局正式核准日為準
	☐健保薪資： 加保日： 年 月 日起					
	☐眷屬依附加保: 人（戶口名簿請貼背面）					
	☐團體保險： 加保日： 年 月 1 日起					

……浮貼身分證 正面影本……	……浮貼身分證 背面影本……

本人目前從事解說相關工作，願依工會章程規定申請加入 貴會為會員，遵守一切規章，如有違反，因而拒付保險給付情事，本人願負完全責任與 貴會無關，謹請 准予入會。

一、 申請入會，需經理事會審核通過取得會員資格後，方可委託工會辦理勞工保險及全民健康保險。
【加保生效日以勞、健保局正式核准日為準】

二、 本人目前從事解說相關工作，自願加入臺北市解說員職業工會，願遵守一切規定，並準時繳納工會各項費用與勞、健保費，繳費期間為每年一、四、七、十月之十日前(季繳)，如有逾期繳納而發生任何意外等事情，其後果概由本人自行負責，絕無異議。

三、 依據勞保局規定如有出具虛偽不實之證明帶加保病(嚴禁心臟病、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。

四、 如帶病入會加保、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。

五、 本人欲申請退會退保時，願依 貴會規定辦理退會退保手續並繳納積欠保費及會費。

六、 本人目前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

臺北市解說員職業工會 立切結書人：

中 華 民 國 年 月 日

檢附資料			資料登載	理事會審核
☐身分證影本	☐勞保明細表	外籍:☐居留證影本		
☐照片 1 張	☐身心障礙卡影本	☐入出境查驗章		
☐戶口名簿影本	☐中/低收入戶證明	☐首辦健保卡照片		

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