入會申請書暨切結書

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/□□□					
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（需檢附戶口名簿） 姓名：1._____ 2._____ 3._____					
	□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……

本人目前從事本業相關工作，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、 本人目前從事本業相關工作，自願加入台中市生前契約規劃從業人員職業工會，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

台中市生前契約規劃從業人員職業工會　　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		

會址：台中市西區忠明南路 303 號 19 樓之 3　　電話：(04)2305-5123　　傳真：(04)2305-6262