

# 臺中市多媒體從業人員職業工會

## 入會(加保)申請書

會員編號

(工會填寫)

\*為必填

*姓名		*性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	*出生日期	民國 年 月 日
*身分證字號		E-mail			
*手機		聯絡電話一		聯絡電話二	
*帳單選項	<input type="checkbox"/> 紙本帳單 <input type="checkbox"/> 電子帳單	*負責人身份	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 公司名稱 _____		
*戶籍地址	_____ 縣/市 _____ 市/區/鄉/鎮 _____ 村/里 _____ 鄰 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____ 室				
*通訊地址	_____ 縣/市 _____ 市/區/鄉/鎮 _____ 村/里 _____ 鄰 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____ 室				
*入會日期	民國 年 月 日	*團保加保	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (自民國 年 月 日加保)		
*加保類別 (投保薪資)	*勞保級距	_____元	*勞保生效日	民國 年 月 日	
	*健保級距	_____元	*健保生效日	民國 年 月 日	
入會資格	<input type="checkbox"/> 首次入會 <input type="checkbox"/> 復會		備註		

※需要辦理眷屬依附健保或團保，請填寫眷屬資料，並附上戶口名簿影本，若無附加眷屬免填寫！

姓名	身分證字號	出生日期	健保加保日	團保加保日(選填)	稱謂
		民國 年 月 日	民國 年 月 日	民國 年 月 日	
		民國 年 月 日	民國 年 月 日	民國 年 月 日	
		民國 年 月 日	民國 年 月 日	民國 年 月 日	

入會須知

1. 新入會時需繳入會費1,000元，若退會而於一年之內復會，需繳納200元復會作業處理費；超過一年者，復會需重新繳納入會費1,000元。
2. **加入工會勞(職)保，不含就業保險及勞工退休金。若有疑問請先洽詢工會。**
3. 會費、勞保、健保、團保費三個月繳納一次，繳費通知單在每年3、6、9、12月份寄出。
4. 繳費方式：第一次使用匯款，或現金。之後可使用信用卡、便利商店或至本會繳納現金。
5. 勞保費若欠費，將依勞工保險條例，每逾1日加徵應繳保費的0.1%滯納金，最多加徵至應繳保險費的20%。
6. 新入會會員或復保者，須在本會加保滿一年以上才可由本會申請辦理老年給付。
7. 會員轉業或轉換投保單位，須至工會辦理退保事宜並繳清各項費用。**若無辦理退保者，將依欠費相關規定申報欠費，屆滿1年，工會將逕辦理退保退會。**

### \*工會入會暨保險辦理切結書\*

本人\_\_\_\_\_現身體健康，未罹患任何慢性疾病，且於臺中市行政區域內從事\_\_\_\_\_工作取得薪資，並為無一定雇主或自營作業之勞工。本人已詳閱投保規範及入會須知並了解繳費方式，且有義務留意繳費時間，願申請加入臺中市多媒體從業人員職業工會會員，遵守工會規章並委由貴會代辦勞工保險(職災保險)及全民健康保險等事宜，且按時繳納會費及勞(職)保、健保、團保費。如有逾期保費未繳，或不可抗拒之原因未通知貴會，請貴會逕自退保勞工保險、全民健康保險或團體保險。以上若有本人因欠費而影響自身權益及衍生之滯納金；本人因帶病投保，以致有勞保理賠給付糾紛時之情形；因變更職業或未實際從事多媒體從事人員職業之工作，未告知本會且辦理轉業退保，被勞保局取消加保資格，發生不准申請任何保險給付時，與貴會無關，本人願負完全責任，並放棄先訴抗辯權，絕無異議，特立此書為憑。

此致 臺中市多媒體從業人員職業工會

本人簽章：\_\_\_\_\_

印章

中 華 民 國 年 月 日