

# 台北市飲料運送服務職業工會

入會申請書

日期 年 月 日

會員編號	<input type="checkbox"/> 純會員 <input type="checkbox"/> 新加保 <input type="checkbox"/> 復保(前次退保日期 年 月 日)				
姓名	性別	<input type="checkbox"/>	出生	年 月 日	
身分證統一編號				籍貫	
電話	(日) 02-	(夜) 02-	手機		
戶籍地址	郵遞區號 _____				
	縣 _____ 市 _____ 區 _____ 鎮 _____ 鄉 _____ 村 _____				
	里 _____ 鄰 _____ 街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 之 _____ 號 _____ 樓 _____				
連絡地址	郵遞區號 _____ <input type="checkbox"/> 同戶籍地址				
	縣 _____ 市 _____ 區 _____ 鎮 _____ 鄉 _____ 村 _____ 里 _____ 鄰 _____ 街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 之 _____ 號 _____ 樓 _____ 室 _____				
加保別	<input type="checkbox"/> 勞保薪資： (加保日： 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 團保一(加保日： 年 月 日)		
	<input type="checkbox"/> 健保薪資： (加保日： 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 團保二(加保日： 年 月 日)		
~眷屬加保情況~ (如無附加眷屬請勿填寫)					
稱謂	姓名	出生日期	身分證號	健保-加保日	團保-加保日
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日
備註					
1. 新加保時需繳入會費 1000 元整。 2. 每月會員常年月費 200 元整。 3. 勞、健、團保費三個月繳一次。(純會員每半年繳一次) 4. 申請入會時請本人攜帶身分證正、反面影本一張、相片一張。					
本人在台北市行政區域內從事飲料運送服務相關工作，為無一定雇主之從業勞工。 茲願依法申請加入工會，遵守一切規章，如有違反願受除會處分，並委由工會依法代為申辦勞工保險及全民健康保險及團體保險等事宜。					
介紹人：			申請人： <div style="border: 1px dashed black; width: 50px; height: 30px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> (簽章)		
身分證影本			身分證影本		
(正 面)			(背 面)		