



臺北市勞動力服務人員職業工會 職業災害保險申請書

TAIPEI LABOR FORCE SERVICE UNION

姓 名			出生年月日	年	月	日
身分證字號			電子信箱			
通知方式	☐ 紙本 ☐ 電子用戶 (E-MAIL / LINE)		如何得知本會			
通訊地址	郵遞區號：					
室內電話			專業技能			
行動電話			會員職別	☐ 勞動力 ☐ 服務人員		
最高學歷	☐ 國中以下 ☐ 高中/職 ☐ 專科/大學 ☐ 碩士 ☐ 博士		職業介紹	☐ 資訊科技 ☐ 傳產製造 ☐ 民生服務 ☐ 文教傳播 ☐ 其他：_____		
特殊身份	☐ 單親撫養十八歲以下子女 ☐ 低收入戶 ☐ 身心障礙者 ☐ 六十五歲以上長者					
投保薪資	投保薪資：_____ ※未填寫者，視同本會以基本投保薪資級距加保。 繳費方式： ☐ 季繳 ☐ 半年繳 ☐ 年繳					
加入團體意外險	年滿 15 至 70 歲之會員及會員直系親屬皆可投保，詳細保單內容，歡迎來電諮詢或至工會網站查詢！ ☐ 是（新台幣 100 元/月，費用採年繳方式，繳至當年底） ☐ 否					
計費方式	1. 入會費：新台幣 1,000 元整。 2. 常年會費：新台幣 150 元/月。（以月計算） 3. 勞健保費：以勞工保險局及健康保險局最新公告為基準辦理。					
申請注意事項	1. 本會僅於非假日之上班時間內受理入會申請（包含預約申請） 上班時間：週一至週五（國定例假日除外）上午9:00~12:00 下午13:00~17:00。 2. 如符合以下其中一個條件，請來電詢問，依個人情況本會給予詳細諮詢。 (1) 老年給付尚未請領 (2) 帶病投保 3. 申請銀行自動扣款及退費服務，應提供會員本人銀行帳戶辦理。 4. 申請人有義務主動查詢任一委辦業務之進度，本會僅提供協助服務。 5. 依勞基法規定，申請人加保當時須在臺、澎、金馬等臺灣境內地區，以符合加保勞保資格。 6. 投保於職業工會僅包含職業災害保險及健康保險，無包含就業保險。					
應檢附文件	1. 申請表正本一份。 2. 申請人身分證影本。 3. 前一單位勞保/健保轉出證明。 4. 眷屬依附健保請提供眷屬之戶口名簿影本一份，如該眷屬已年滿20歲需加附在學證明影本一份。 5. 切結書					

申請人願加入「臺北市勞動力服務人員職業工會」（以下簡稱「本會」）為會員，申請人如有參加勞工保險、全民健康保險之需要時，委託本會辦理勞工保險、全民健康保險之相關事宜。申請人遵守本會一切規定，並特別聲明承諾下列事項，若有違反而致使本會蒙受損害，申請人願負一切賠償責任，絕無異議。

1. 申請人係實際於從事本會會員資格職業類別之工作。
- ★2. 申請人知悉並同意長期出國超過六個月，經勞工保險局逕予退保，已繳保費概不退還。
3. 申請人身體健康狀況良好，確有工作能力，如有帶病投保經勞工保險局查出所造成一切損失，由申請人自行負責。
4. 申請人同意依期限繳納本會各項費用與勞、健保費，如有逾期繳納，而產生滯納金或任何勞、健保不給付情事，其後果概由申請人自行負責，且本會得責申請人退會、退保。
5. 申請人同意本會為增進會員福利及合於會務推展之需要，得蒐集、利用電腦處理及網路傳遞申請人之相關資料。
6. 經查本會如先行代墊繳費之所屬申請人任一費用，申請人有履行返還責任。
7. 會員於另一投保單位加保前，請務必先辦理本會申請退保作業；傳真簽名申請書，視同正本辦理。
8. 申請人已詳閱申請注意事項。

此致 臺北市勞動力服務人員職業工會

申請人：_____（簽名） 申請加保日：_____年_____月_____日

眷屬依附健保	1.眷屬姓名：_____ ID：_____ 生日：____/____/____ 稱謂：_____ ☐ 團險
	2.眷屬姓名：_____ ID：_____ 生日：____/____/____ 稱謂：_____ ☐ 團險
	3.眷屬姓名：_____ ID：_____ 生日：____/____/____ 稱謂：_____ ☐ 團險
	4.眷屬姓名：_____ ID：_____ 生日：____/____/____ 稱謂：_____ ☐ 團險
	5.眷屬姓名：_____ ID：_____ 生日：____/____/____ 稱謂：_____ ☐ 團險

※ 入會洽詢：02-2707-7727 本會會址：臺北市大安區新生南路 1 段 155 號 5 樓 本會網站：www.tlfsu.org.tw

113.12.19 S.H.

