



臺北市勞動力服務人員職業工會 復會(復保)申請書

TAIPEI LABOR FORCE SERVICE UNION

姓 名	身分證字號		會 號
出生年月日	年 月 日	通知方式	☐ 紙本 ☐ 電子用戶 (E-MAIL / LINE)
通訊地址	郵遞區號：□□□	行動電話	
投保薪資	復保項目： ☐ 復會 ☐ 復勞保 ☐ 復健保 投保薪資：_____ ※未填寫者，視同以本會以基本投保薪資級距加保		
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（費用採年繳方式，繳至當年底） ☐ 否		
眷屬健保附保	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		
計費方式	1.入會費：第五屆第一次會員代表大會決議通過，107/03/01前入會之會員補正入會費新台幣600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。		
應檢附文件	1.申請表正本一份。 2.申請人身分證正反面影本 3.前一單位轉出證明單。 4.申請人加保當時如已懷孕請檢附工作證明。 5.如有以下任一狀況者，請於加保時提供二份工作證明正本： (1)帶病投保 (2)加保當下已懷孕 (3)年滿四十五歲(含)以上，且勞保中斷超過一年以上		
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.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。 3.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。 4.投保於職業工會僅包含勞工保險、職業災害保險及健康保險，無包含就業保險。		

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

※ 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