

台南市資訊服務職業工會

會籍 編號	請留空白
----------	------

入會申請書

填表日期：_____年____月____日

申請人姓名		出生年月日		身分證字號	
市內電話		戶籍地址			
行動電話		聯絡地址			
介紹人		電子信箱			

相關眷屬資料※附保健保請加附眷屬證明影本一份，如該眷屬已年滿20歲需加附在學證明影本一份。

與投保人關係	姓名	身分證字號	出生年月日	異動日期	年	月	日
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女							
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女							
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女							
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女							

投 保 薪 資	勞保投保薪資：	健保投保薪資：
---------	---------	---------

請貼上身分證正面	請貼上身分證反面
----------	----------

申請人願加入「台南市資訊服務職業工會」（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. 申請人係實際從事本會會員資格職業類別之工作。
2. 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。
3. 申請人遵守本會之章程規定，會中一切規章及決議，誠謹遵守，並依規定期限繳納勞、健保費及常年會費；如逾期二個月未繳各項費用，願依本會規定，視同自動辦理退保退會，致使發生勞、健保不給付之情事，其一切後果由申請人自行負責。
4. 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本人之相關資料。
5. 申請人詳閱申請注意事項。

謹致 台南市資訊服務職業工會

申請書人簽名：_____

申請加保日：_____年____月____日

入會洽詢：06-2918008

會址：(70253)台南市南區德南街8號

網址：www.tnis.org.tw