

# 臺北市幼教從業人員職業工會 勞健保轉入、團保加保申請表

會員編號：	身分證字號：
會員姓名：	出生年月日：
	連絡電話：

<input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	姓名：_____ 生效日期：____年__月__日 出生年月日：____年__月__日 身分證字號：_____
<input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	姓名：_____ 生效日期：____年__月__日 出生年月日：____年__月__日 身分證字號：_____
<input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	姓名：_____ 生效日期：____年__月__日 出生年月日：____年__月__日 身分證字號：_____
<input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	姓名：_____ 生效日期：____年__月__日 出生年月日：____年__月__日 身分證字號：_____
<input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	姓名：_____ 生效日期：____年__月__日 出生年月日：____年__月__日 身分證字號：_____

1. 本人確實從事幼教相關工作之勞工，並符合無一定雇主、自營作業或受雇五人之下公司行號且未辦理勞保者，若中途轉業須主動向本會申辦退保，如有勞工不實所衍生之法律糾紛，均由勞工本人負責與工會無涉。
2. 本人若要加入工會之勞保、健保，一切依勞保局、健保署相關業務規定辦理之外，若有帶病投保，一旦發生理賠糾紛，其一切損失，皆由本人自行負責。
3. 申請書請於加保當日下午五時前回傳並電話確認本會已收件，如未寫加保日者一律以收到加保申請書之上班時間，勞保加退保日不可追溯。

此致 臺北市幼教從業人員職業工會

申請人：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

注意事項：若有眷屬需加保，請將眷屬身分證明黏貼至下方作為佐證  
(可做佐證之資料：可看出眷屬與會員關係之身分證、戶籍謄本影本、戶口名簿影本)

----- 身分證明影本黏貼處 -----

----- 以下由工會填寫 -----

承辦人

承辦日期

審核人

總幹事

理事長

# 臺北市幼教從業人員職業工會 勞健保退會(保)、團保退保申請表

會員編號：	身分證字號：
會員姓名：	出生年月日：
	連絡電話：

<input type="checkbox"/> 會員 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	姓名：_____ 生效日期：____年__月__日 出生年月日：____年__月__日 身分證字號：_____
<input type="checkbox"/> 會員 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	姓名：_____ 生效日期：____年__月__日 出生年月日：____年__月__日 身分證字號：_____
<input type="checkbox"/> 會員 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	姓名：_____ 生效日期：____年__月__日 出生年月日：____年__月__日 身分證字號：_____
<input type="checkbox"/> 會員 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	姓名：_____ 生效日期：____年__月__日 出生年月日：____年__月__日 身分證字號：_____
<input type="checkbox"/> 會員 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女	姓名：_____ 生效日期：____年__月__日 出生年月日：____年__月__日 身分證字號：_____

\*申請書請於退保當日下午五時前回傳並電話確認本會已收件，如未寫退保日者一律以收到退保申請書之上班時間，勞保加退保日不可追溯，計費至退保日，未依規定辦理退保，視同自願雙重加保重覆計費。

本人自願退出貴會，茲遵照貴會規章辦理退會手續，至於退會(保)後，所有損失一切權益，概由本人自行負責，與貴會無關。

此致 臺北市幼教從業人員職業工會

申請人：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

注意事項：若有溢繳金額欲申請退款，請附存摺影本並填寫帳號以便退款匯入，國泰世華免扣手續費，其餘銀行則內扣轉帳手續費。本會固定於每月 26 日退款，如遇國定假日順延至次工作日退款。(保留會籍者，溢繳部分由工會轉為扣繳下期會費)

[ 銀行代碼：\_\_\_\_\_ 帳號：\_\_\_\_\_ ]

----- 存摺影本黏貼處 -----

承辦人  
審核人

承辦日期  
總幹事

退款日期  
理事長