

# 臺北市娛樂休閒業產業工會 臺北市特殊娛樂業從業人員職業工會

介紹人： \_\_\_\_\_

入會申請書

會員證編號： \_\_\_\_\_

<b>姓 名</b>	<b>身分證字號</b>	<b>連絡電話【請務必填寫】</b>		相 片
		(手機)： _____		
		(住家)： _____		
<b>通訊地址 (繳費單寄送地址)</b>				
<b>特殊身份</b>	<input type="checkbox"/> 以下皆無 <input type="checkbox"/> 住院中 <input type="checkbox"/> 中/低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 外籍配偶 <input type="checkbox"/> 懷孕中 個月 <input type="checkbox"/> 請領失業補助中    (輕/中/重/極重度) <input type="checkbox"/> 公司負責人 <input type="checkbox"/> 重大傷病者 <input type="checkbox"/> 預計進行重大手術 <input type="checkbox"/> 其他			
<b>緊急聯絡人</b>		<b>聯絡電話</b>		<b>關係</b>

-----浮貼----- <b>身分證影本 (正面)</b>	-----浮貼----- <b>身分證影本 (背面)</b>
---------------------------------------	---------------------------------------

<b>眷屬 健保附保</b>	<b>姓 名</b>	<b>身分證字號</b>	<b>出生日期</b>	<b>姓 名</b>	<b>身分證字號</b>	<b>出生日期</b>
			年 月 日			年 月 日
			年 月 日			年 月 日

**檢 附 資 料**

身分證影本    身心障礙卡影本    外籍：居留證影本    戶籍謄本影本    入出境查驗章  
戶口名簿影本    中/低收入戶證明    其他： \_\_\_\_\_  
 照片1張2張    其他： \_\_\_\_\_

**入 會 須 知**

- 入會請備：本人需攜帶身分證、印章、1吋照片2張、費用至工會填寫入會申請書。外籍人士需攜帶居留證、戶籍謄本、健保轉出單(首次加保至移民署列印出入境證明)。眷屬依附加保健保請攜帶戶口名簿(如無則免)。【健保眷屬為20歲以上子女者，務必檢附有效註冊之學生證正反面影本】。若已申請政府補助(中低收入或低收入或殘障補助)，請附上最新年度補助影本。
- 入會者應繳：★入會費 1,000元 / \$1300元 / \$1800元 (依投保勞保、健保薪資等級收費)。(於入會時一次繳納，成為正式會員)。  
☆經常會費 200/260/360元 (依投保勞保、健保薪資等級收費)。
- 首次入會之會員勞保費、健保費，需繳交二個月費用。

※工會繳費方式為超商繳費/ATM/銀行(三者皆可選擇)繳納保費。繳費通知：1.每月月中郵寄繳費通知單至會員通訊地址，只寄一次，不再另行通知。2.每月以手機繳費簡訊通知會員。因此，會員通訊地址若有搬遷變更、聯絡電話變動或會員每月20號沒有收到「繳費通知單」、「手機繳費簡訊」...等事項，會員務必自行來電通知工會辦理變更。

※超商繳費期限：每月24日以前，逾期繳費需至本會會址：台北市中山區錦州街36號6樓繳納，繳納期限至當月最後一日止。若當月未繳納或失聯者，其勞健保會被轉出(退保)，不可不慎！

**切 結 書**

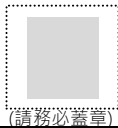
本人無一定雇主或自營業者(獨立從事勞動或技藝工作，獲致報酬且未雇用有酬人員幫同工作者)，實際從事本業之勞工，申請加入 臺北市特殊娛樂業從業人員職業工會 / 臺北市娛樂休閒業職業工會 為會員，願遵守工會一切規章，如有違反，致使發生勞保局、健保局拒付保險給付之情況，本人願負完全責任與 貴會無關，謹請 准予入會。

- 申請經通過取得會員資格後，方可委託工會辦理勞工保險與全民健康保險。勞工保險與全民健康保險，加保生效日以勞保局、健保局正式核准日為準。
- 本人願依貴會規定遵守工會一切規章，如有違反，逾期未正常繳納工會各項費用與勞、健保費視為自願停權，致喪失勞、健保加保資格及會員資格，同意取消本人會員資格，並由工會向勞保局、健保局完成退保手續；逾期繳納期間而發生任何意外等事情，其後果由本人自行承擔負責，絕無異議。
- 依據勞保局規定如有出具不實之證明帶病加保(嚴禁心臟、腫瘤、癌症、尿毒、高血壓、甲狀腺、肺結核、慢性病等重大疾病)，經查覺將立即取消投保資格並須賠償一切醫療費用，以詐欺或其他不正當行為領取保險給付者，造成溢領或誤領給付情形時，勞保局除追回給付外，並按其領取的保險給付處以倍罰鍰，倘有隱瞞致使發生勞保局拒付勞工保險給付之情況，本人願放棄所有權益。
- 本人帶病入會加保，經勞保局審查中途變換職業、出國未辦理退會退保而發生一切糾紛，概與 貴會無關。
- 本人欲申請退保退會時，願依 貴會規定辦理退保退會手續，倘若尚有積欠任何款項或勞保費、健保費、滯納金等，皆需立即繳清費用。
- 本人目前並無懷孕或住院或預計住院，並保證加保後六個月內無計劃申請勞保給付(不可抗拒因素除外)。

此致

臺北市娛樂休閒業產業工會 / 臺北市特殊娛樂業從業人員職業工會

切結書人： \_\_\_\_\_



中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(請務必蓋章)

<b>以下欄位由本會填寫</b>		
<b>核定入會日期</b>	<b>勞健保投保薪資等級</b>	<b>勞健保申報日期</b>
年 月 日	勞保投保薪資： 健保投保薪資：	年 月 日

會址：台北市中山區錦州街36號6樓    電話：02-2537-3355 02-2564-3535 傳真：02-2541-0202  
 E-mail:entertainment1031101@gmail.com    Line ID:0965151857    wechat ID:0965151857