

高雄市保險服務職業工會 資料異動表

會員編號	*會員姓名	*身分證字號	*出生年月日
<input type="checkbox"/> 人事資料 (變更後資料) <input checked="" type="checkbox"/> 未變更 <input checked="" type="checkbox"/> 無需填寫	變更後姓名： (附新證件)	電話：	(TEL)： (FAX)： 行動：
	身分證字號： (附新證件)	地址	

<input type="checkbox"/> 薪資調整	茲本人原投保薪資已維持一年以上，欲申請調薪 (超過 15%須檢附 6 個月薪資及承攬契約)		
	請勾選欲調整薪資		簽名
	<input type="checkbox"/> 每年_____月調升 15%內投保薪資，		
	<input type="checkbox"/> 民國_____年_____月調整投保金額為_____		
	<input type="checkbox"/> 民國_____年_____月調整投保金額為_____		
	<input type="checkbox"/> 民國_____年_____月調整投保金額為_____		
	<input type="checkbox"/> 民國_____年_____月調整投保金額為_____		
	<input type="checkbox"/> 民國_____年_____月調整投保金額為_____		
	<input type="checkbox"/> 取消調薪		

<input type="checkbox"/> 眷屬 健保異動	眷屬姓名	生日	身分證字號	生效日期	異動事項	申請人簽名	
						<input type="checkbox"/> 轉入 <input type="checkbox"/> 轉出 <input type="checkbox"/> 復保 <input type="checkbox"/> 停保	
						<input type="checkbox"/> 轉入 <input type="checkbox"/> 轉出 <input type="checkbox"/> 復保 <input type="checkbox"/> 停保	
						<input type="checkbox"/> 轉入 <input type="checkbox"/> 轉出 <input type="checkbox"/> 復保 <input type="checkbox"/> 停保	
						<input type="checkbox"/> 轉入 <input type="checkbox"/> 轉出 <input type="checkbox"/> 復保 <input type="checkbox"/> 停保	
						<input type="checkbox"/> 轉入 <input type="checkbox"/> 轉出 <input type="checkbox"/> 復保 <input type="checkbox"/> 停保	

<input type="checkbox"/> 復保	本人自民國_____年_____月_____日起辦理 勞保健保(含眷屬)復保 (不得追溯) 會員簽名：_____ 民國_____年_____月_____日
-----------------------------	---

<input type="checkbox"/> 退保	本人自民國_____年_____月_____日起辦理 勞保健保(含眷屬)退保 (不得追溯) 會員簽名：_____ 民國_____年_____月_____日
-----------------------------	---

其他變更事項：

地址：高雄市新興區忠孝一路 299 號 電話 07-2858311 傳真電話 07-2850676 LINE ID : @ZNV3066R
 網址：www.2858311.com.tw FB：https://www.facebook.com/kistu131 E-mail：kistu131@yahoo.com.tw