高雄市保險服務職業工會　入會申請書

＊為必填

＊申請人姓名	＊隸屬公司	聯絡電話	＊行動電話
		(電話) (傳真)	

＊通訊地址（繳費單寄送地址）　申請電子帳單者請加工會 line→	LINE ID：@ZNV3066R
□□□	

加保眷屬姓名:				
出生年月日:				
身分證字號:				
關係	□父母□配偶□子女	□父母□配偶□子女	□父母□配偶□子女	□父母□配偶□子女

聲明書

本人確實實際從事保險業務工作，並因而獲得報酬；另本人與所屬公司之間為承攬關係，故所屬公司對本人無管理、監督之權。

本人願遵守 貴會之章程規定，按時繳納勞保、健保費及其他會費；若逾期 6 個月未繳各項會費，願依 工會規定，視同自願辦理退保，特此聲明。

費用

(1)終身入會費 1000 元【只繳一次不退費、退會復會不再收】
(2)首次入會依繳費期先繳交當期保費，請參考投保等級費率表。
(3)眷屬每人健保費同被保險人，請詳填加保眷屬基本資料。
(4)欠費達 6 個月退保者欲再復保需繳交保證金 1000 元，爾後繳費正常退保時可辦理退費。
(5)費率每年隨政令調整，請依公告通知繳交相關費用。

此致

高雄市保險服務職業工會　　立書人(申請人)簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿

投保薪資：＿＿＿＿＿＿

繳費方式：□**紙本帳單**—□月繳、□季繳、□半年繳、□年繳

(請擇一勾選) □line **電子帳單**—□月繳、□季繳、□半年繳、□年繳

□**信用卡電子帳單**—□季繳、□半年繳、□年繳

□**自動扣款(另填授權書)**—□季繳、□半年繳、□年繳

(生效日)中華民國　　年　　月　　日

代辦人簽名:　　聯絡電話:

資料登載	理事會	資料審查	備註事項	受理章戳
		□ 齊全 □尚缺：		

工會地址：高雄市新興區忠孝一路 299 號　電話 07-2858311 傳真電話 07-2850676

網址：www.2858311.com　　Email：kistu131@yahoo.com.tw

核心價值：以會員為尊，真誠、彈性服務，創新學習，自我啟發