新北市醫類從業人員職業工會
會員入會申請書

□入會　□加勞保/職災　□加健保　□加團保　□加眷屬＿＿＿人

※請務必附上身分證正反面影本及其他應檢附之文件

會籍編號 （本會填寫）		入會日期		介紹人	

姓名		出生日期	年　月　日	身分證字號	
戶籍	（身分證背面的地址）				
現址	（要收到帳單可聯繫的地址） □同上				

行動電話 室內電話		緊急聯絡人 姓名		緊急聯絡人 電話	

勞保加保日期		勞保投保薪資	
健保加保日期		健保投保薪資	

申請人入會切結書

（關係會員權益請詳細閱讀）

具切結書人＿＿＿＿＿＿因從事醫類從業人員工作，向新北市醫類從業人員職業工會申請加入為會員，並絕對遵守工會章程及下列規定：

一、 謹遵工會規定投保勞工保險及全民健康保險，投保人應遵守勞保、健保保險條例各條款之規定，倘有違背者投保人及其家屬均放棄具領各項給付及福利，使用之醫療費用概自行負擔。

二、 會員應按時繳納會費及勞保、健保費，如有欠繳各費達二個月，將依勞保、健保欠費處理作業規定申報欠費、停止各項給付及福利，並加收滯納金，投保人絕無異議。若有積欠勞工保費或全民健康保險費致影響被保險人權益資格時，被保險人聲明無條件負擔法定與賠償全責。

三、 介紹人應確實明瞭投保人從事本業，並無隱藏疾病現象，倘利用工會進行帶病加保情事，介紹人願負保證之責並負法律上連帶責任，投保人及介紹人均放棄先訴辯權特具此切結事實。

四、 會員資格投保生效日期以勞保局核定日期為準如在勞保生效日前(含生效當日)發生事故，所有給付工會概不負責。

五、 辦理退會、退保手續，本人請攜帶證件正本及印章至本會辦理。(本人不克親自前往辦理退會(保)手續，可由受委託人攜帶委託人及受委託人身份證正本及印章填寫委託書，親洽本會辦理。

具切結書人：＿＿＿＿＿＿

中華民國　　年　　月　　日

審查結果	□通過：經查該員係從事醫類從業人員工作准予入會，並提報下次理事會審查。 □資格不符：經查該員並非從事醫類從業人員工作不准入會。

理事長簽章		主管簽章		承辦人員	