新北市醫類服務人員職業工會會員入會資料登記表

姓名		生日		身分證號		會籍編號	
永久地址							
通訊地址							
連絡電話				性別			
手機		室內電話		介紹人			
入會日期			退會日期				
勞保生效日		勞保退保日		投保薪資			
健保生效日		健保退保日		投保薪資			
E-Mail							

收費管理辦法暨切結書

本人_____申請入會，辦理勞工保險暨全民健康保險，並遵守下列貴會收繳勞工保險費及全民健康保險費管理辦法以免影響會務。

本人已詳閱並了解繳費方式，本人有義務注意繳費時間，如有逾期保費未繳，或不可抗拒之原因未聯絡貴會，請貴會逕自退保勞工保險及全民健康保險，如衍生滯納金或保險事故本人願放棄先訴抗辯權。如因故(轉業、逾期未繳費)未至工會辦理退費手續導致勞、健保局產生欠費情形影響到會員權益則由被保險人自行負責，不得有議。

申請人入會從業切結書

立書人_____君現身體健康狀況良好，確有工作能力，且實際從事_____工作取得薪資，今申請加入貴會為會員，並辦理勞工保險及全民健康保險，在未核准生效前，如發生身體疾病或傷害事故時，概由立書人自行負責，與貴會無關，並放棄先訴抗辯權。如因帶病投保未事先告知本會，往後如有勞保理賠給付糾紛，本會概不負責。倘此後因變更職業或未實際從事企劃服務人員職業之工作，未告知本會且辦理轉業退保，被勞保局取消加保資格，發生不准申請任何保險給付時，悉由立書人負責，絕無異議，特此具結。

此致

新北市醫類服務人員職業工會

本人簽章：

□通過：　□重審查：　□資格不符：　　簽章：　　資格符合原因：

中　華　民　國　　年　　月　　日