

新北市醫類從業人員職業工會

 退會

 退勞保

 退健保

申請書

立書人	身分證字號	會號	
連絡電話	申請退保日	中華民國	年 月 日
退保原因	<input type="checkbox"/> 已具固定雇主就業 單位名稱：		
	<input type="checkbox"/> 其他 請略述：		
退費給付方式	<input type="checkbox"/> 匯入會員之金融機構帳戶：		
	金融機構名稱：	銀行	分行
	<input type="checkbox"/> 匯入會員之郵局帳戶：		
	郵局局號：局號：	帳號：	
	※請務必附上銀行/郵局存摺封面影本		
注意事項	<p>1. 會員本人之勞/健保辦理退保者依據法令規定，其所屬之健保投保眷屬需一併辦理轉出退保。</p> <p>2. 退保日期依據勞保法令規定不可溯及既往。</p> <p>3. 退會退費者，請檢附會員本人存簿封面；本會於每月15日完成退款作業，因轉帳所產生之手續費將於退費金額中扣除。</p> <p>4. 退保日期以收件日為準，上班時間16:30前之當日退保，超過本會作業時間者，將自動延至下一工作日辦理。</p> <p>5. 本會工作時間：週一至週五9:00~12:00AM 1:00~4:30PM（國定例假日除外）。</p> <p>6. 如有欠費者請向本會繳清費用。未繳清費用者，本會除辦理退保外並依法令規定辦理欠費通報。</p>		

同意新北市醫類從業人員職業工會依據上述填寫之資料辦理本人相關事宜，並已詳閱注意事項無誤，特立此書為憑。

此致 新北市醫類從業人員職業工會

連絡電話：02-23810025 傳真號碼：02-23319087 聯絡地址：104台北市中正區忠孝西路一段41號15樓之6

立書人：			
立書日：	中華民國	年	月 日