

台中直轄市才藝教學服務人員職業工會

眷屬健保申請書

會員證號碼：_____

投保日期：民國_____年_____月_____日

姓名：_____ 性別：女/男 身分證字號：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

出生日期：民國_____年_____月_____日

地址：_____

眷屬姓名	稱謂	身分證字號	出生年月日

敬啟者本人贊同

- 一、 貴會宗旨願遵照 貴會章程加入工會為會員，凡會中一切規章及決議案誠謹遵守，請准予入會是荷。
- 二、 本人確實從事無一定雇主之才藝教學服務人員工作，依無一定雇主之規定，加入貴會為會員，並辦理參加勞工保險，並遵照貴會各項規定，按期繳納會費、勞保費及健保費。如有逾期不繳清之情事，願付滯納金一倍以上、三倍以下之罰鍰。若發生各項款項積欠時，本人願由貴會向勞保局及健保局辦理退保手續。
- 三、 因變更職業或未從事本業工作，未主動辦理相關手續，被勞工保險局取消勞保資格，發生不准申請任何保險給付時，致使貴會遭受損害，本人及連帶保證人願意無條件賠償一切損失，並拋棄先訴抗變權，絕無異議，恐口無憑，特立此切結書為憑。

此致 台中直轄市才藝教學服務人員職業工會 台照

個人
印章

申請人簽章：_____

中華民國_____年_____月_____日