

高雄市腳底按摩工會 入會申請書

申請人姓名	行動電話	連絡電話	介紹人(舊會員)姓名
		(O) (H)	
★申請人指定送達地址(繳費單及重要文件送達地)			ID 末四碼： ★姓名有誤，請於一週內更改，逾期恕不受理。 ★轉會或復會→無介紹費
縣 市	市鄉 區鎮	路 段 街 巷	

身分證影本 (正面)	身分證影本(背面)
●身分證影本請註明：限辦理工會勞健保專用。	一、單獨參加勞保者，請填『切結書』並附『加保證明』： 1. 公司負責人，健保加保於自己公司，且公司未辦勞保。 2. 為受雇勞工，健保已加保於一般公司行號。 3. 健保已加保於其他職業工會。 4. 健保已加入「福保」之低收入戶。 5. 健保已加保之「里長」。 二、未成立勞、健保投保單位之企業社或商號負責人，可以加入職業工會參加勞健保。

從事本業聲明書

本人確實於高雄市從事腳底按摩服務工作，並因此獲得報酬。若有隱匿真實或違反法令規定，致受勞工保險局拒絕保險給付或取消投保資格時，本人願自行承擔後果與法律責任。

此致

高雄市腳底按摩工會

立書人簽名：

民國 年 月 日

入會聲明書

本人贊同 貴會宗旨，並願遵守 貴會章程及法令規定；不論有無收到繳費單，本人均願按時繳納勞健保費及常年費；因此，貴會未收保證金。若本人之「指定送達地址」有變更時，本人應負主動告知貴會之責。入會當天又退會，入會費恕不退還。

此致

高雄市腳底按摩工會

立書人(口述者)簽名：

民國 年 月 日

核准入會	檢附資料核對人	收費(加保)內容	檢附資料	受理章戳
		<input type="checkbox"/> 一般勞保 <input type="checkbox"/> 僅職災 <input type="checkbox"/> 健保 計費人數：本人 + ____ 眷 投保薪資： 申辦人確認：	<input type="checkbox"/> 戶口名簿影本。 <input type="checkbox"/> 單勞保切結書。 <input type="checkbox"/> 僅勞保職災聲明書。 <input type="checkbox"/> 代辦委託書。 其他：	

會址：高雄市三民區博愛一路 21 號(中博高架橋下) TEL：311-0055 FAX：311-3322