

台北市餐飲業職業工會 ☐新入會 ☐復會申請表 會員編號：

姓名				出生日期				民國 年 月 日				☐ 男 ☐ 女		照片 黏貼 處	
身分證號								出生地				省 市			
☐ ☐ ☐				☐ 同戶籍地址 市/縣 區/市/鄉/鎮											
通訊地址				街/路 段 巷 弄 號 樓											
通訊電話				(公)				(宅)				(手機)			
E-mail														※勞保局具有被保險人其投保薪資之覆核資格被保險人投保薪資有被調降之可能	
聯絡人姓名				請填不同地址之親屬或朋友				連絡人電話				投保薪資\$			
<u>切 結 書</u>															
一、申請人本人親自辦理，不得委託他人代辦。															
二、申請人(立書人)確於台北市從事餐飲相關工作，且為無一定雇主或自營作業之勞工；今謹聲明願無條件遵守 貴會之章程，履行一切義務，並請代為申報勞健保，若有訛報不實者，或因有積欠勞工保險費或全民健保費致影響被保險人權益時，被保險人聲願無條件擔負法定與賠償全責。															
三、會員資格須經理事會審查核准再依法向勞健保局投保，其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。															
四、入會加保後，因故須辦理退保者，請主動向工會辦理退保手續，會費計算至退會當月底(按月計)。															
五、有勞健保身份會員，未辦理退保或逾二個月未繳費者，將依勞、健保條例按月申報欠費及滯納金，且停止各項福利及給付，若超過一年期限未繳納將自動停保，除上述會員身份之外者，超過三個月未繳納將自動退會，且退會停保前積欠之費用也須自行補繳。															
六、本人已了解會員集體團體保險福利內容，在加保日期前所發生之疾病與事故工會及保險公司均不負理賠責任，如會費逾期繳費，工會將立即取消團體保險福利，責任由欠費之會員自行承擔。															
※以上內容本人已詳閱知悉並完全遵守。特此切結。															
此致 台北市餐飲業職業工會 切結人： (簽章) 年 月 日															
浮貼身分證影本正反面															
※入會請備妥下列證件本人親自工會辦理： 1.身分證正本(外籍人士-居留證及戶籍謄本) 2.印章 3.一寸照片2張															
※加健保者：健保轉出單、附加眷屬帶戶口名簿(外籍人士-居留證及戶籍謄本)；子女滿20歲附學生證影本。															
※應預繳3個月費用及新準入會費200元。															
工會填寫欄															
加保類別		☐ 會員 ☐ 勞保 ☐ 健保		眷口數		人		入會加保日期		年 月 日					
最近入會日		年 月 日		停轉保日期		年 月 日		前期欠費		年 月 日結清					
介紹人		會別		小組代碼				承辦會務人員							

台北市餐飲業職業工會會員會籍資料

專 長	☐ 中餐 _____ 菜	☐ 西餐 _____	☐ 調酒	☐ 小吃 _____
	☐ 異國料理 _____	☐ 麵食 _____	☐ 點心	☐ 其他 _____

*無一定雇主證明（在四人以下工作單位，且無固定工作場所之勞工）

店名(1)		店家電話		到職日	年 月 日
工作地址					
工資計算	☐ 時薪計 ☐ 日薪計		工作天數	每月約	天
營業項目	☐ 早餐 ☐ 自助餐 ☐ 飲料 ☐ 麵店 ☐ 便當 ☐ 其他 _____				

店名(2)		店家電話		到職日	年 月 日
工作地址					
工資計算	☐ 時薪計 ☐ 日薪計		工作天數	每月約	天
營業項目	☐ 早餐 ☐ 自助餐 ☐ 飲料 ☐ 麵店 ☐ 便當 ☐ 其他 _____				

*自營業者證明（獨立從事勞動工作，未僱用有酬人員工作者）

店 名		營 業 項 目	
開 業 時 間	年 月	營 業 地 點	
證 明 人 (客人或里長)	簽章	證 明 人 電 話	

切 結 書

本人 _____ 確實於上表所示之工作地點服務，如有不實致遭停保處分，（且預繳保費不退還）本人願自負責任，絕無異議。

立切結書人： _____

簽章

中華民國

年

月

日

◎各區辦事處

東區 (02)2796-1234 台北市內湖區舊宗路1段18號3樓
 南區 (02)2381-6090 台北市中正區愛國西路9號4樓之2