

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|--|--|--|--|------------|--------|---------|-----|----|--|-----------------------------|
| 姓 名 | | | | | | 出生 日期 | 民 國 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 照片 黏貼 處 |
| 身分證號 | | | | | | | | | 出生地 | 省市 | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 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\$ <input type="text"/> |

切 結 書

- 一、申請人本人親自臨櫃辦理，不得委託他人代辦。
- 二、申請人確實於台北市從事餐飲相關工作，且為無一定雇主或自營作業，並聲明願無條件遵守貴會章程及勞、健保相關規定，請貴會代為申報勞、健保。若有不實或積欠勞工保險費、全民健保費致影響被保險人權益時，被保險人聲明願無條件自行負擔本人及貴會之所有損失。
- 三、會員加保資格須經理、監事會審核並經勞、健保局核准加保後始生效，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）發生事故或加保後喪失勞保加保資格者，所有給付本會概不負責。
- 四、入會加保後，如因故轉業或有其他不符合本會會員投保資格之情事，請主動告知本會辦理退、停保手續，否則須自負權益損失全責。退保之會費計算至退保之當月底（按月計）。
- 五、有勞、健保身分會員，未辦理退保或逾兩個月未繳費者，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者，本會將自動申報停保。除上述會員身分之外者（純會員），超過三個月未繳納將自動退會，且退會前所積欠之任何費用也需自行補繳。
- 六、本人已了解會員集體團體保險福利內容規範，在加保生效日前所發生之疾病與事故，本會及承保之保險公司均不負賠償責任。如會費逾期繳納，本會將立即取消團體保險福利，責任由欠費之會員自負。
- 七、本人已詳閱以上內容並願完全遵守，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 4. 工作證明（從事餐飲業）

※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 | <input type="checkbox"/> 會員 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 中餐 _____ 菜 | <input type="checkbox"/> 西餐 _____ | <input type="checkbox"/> 調酒 | <input type="checkbox"/> 小吃 _____ |
| | <input type="checkbox"/> 異國料理 _____ | <input type="checkbox"/> 麵食 _____ | <input type="checkbox"/> 點心 | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 時薪計 <input type="checkbox"/> 日薪計 | | 工作天數 | 每月約 | 天 |
| 營業項目 | <input type="checkbox"/> 早餐 <input type="checkbox"/> 自助餐 <input type="checkbox"/> 飲料 <input type="checkbox"/> 麵店 <input type="checkbox"/> 便當 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | | | |

| | | | | | |
|-------|--|------|------|-----|-------------|
| 店名(2) | | 店家電話 | | 到職日 | 年 月 日 |
| 工作地址 | | | | | |
| 工資計算 | <input type="checkbox"/> 時薪計 <input type="checkbox"/> 日薪計 | | 工作天數 | 每月約 | 天 |
| 營業項目 | <input type="checkbox"/> 早餐 <input type="checkbox"/> 自助餐 <input type="checkbox"/> 飲料 <input type="checkbox"/> 麵店 <input type="checkbox"/> 便當 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | | | |

*自營作業者證明（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) | <div style="border: 1px dashed black; width: 60px; height: 60px; display: inline-block;"></div> 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

內湖辦事處 (02)2796-1234
愛國西路辦事處 (02)2381-6090

台北市內湖區舊宗路1段18號3樓
台北市中正區愛國西路9號4樓之2