

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	<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"/> 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者，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. 一吋照片 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)	<input type="text"/>	簽 章	證 明 人 電 話
	<input type="text"/>		

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