



復會申請書

會 號：\_\_\_\_\_

姓 名		出生年月日	年	月	日
身分證號碼		聯絡電話			
投保薪資		繳費方式	<input type="checkbox"/> 季繳	<input type="checkbox"/> 半年	<input type="checkbox"/> 年繳
通訊地址					
眷屬健保 依附	姓 名	身分證號碼	出生年月日	稱 謂	
<b>應備文件</b>					
1. 申請書一份。 2. 在職證明或勞務報酬單。 3. 眷屬依附健保加保附眷屬之戶口名簿或相關證件一份，其眷屬年滿 20 歲需檢附在學證明。					
<b>收費方式</b>					
1. 常年會費：新台幣 120 元/月。 2. 勞健保費：以勞保局及健保局之公告規定辦理。					
<b>申請注意事項</b>					
◎本人是否懷孕中？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 ◎本人是否領取勞保失業給付或津貼？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 ◎本人是否領帶病投保？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 ※申請人如符合以上條件者，需主動告知工會，經勞工保險局查出所造成一切損失，由申請人自行負責，絕無異議。					

切 結 書

本人願意遵守本工會一切規定，並特別聲明承諾下列事項，若有違反導致所造成的損失，本人願意自行負責，絕無異議。

1. 本人確屬從事網路自媒體之勞工，所提供之身分證影本確為本人無訛，如有查符不實情事，本人願自行負責，與 貴會無涉。
2. 確實恪遵勞、健保保險條例各條款之規定，如有違背，被保險人及眷屬因而被取消資格及所衍生賠償，本人願意自行負責，概與 貴會無關。
3. 確實遵守期限繳納工會費用與勞、健保費，如有逾期繳納，而發生任何勞、健保不給付情形，其後果願意自行負責；如欠繳費用長達 6 個月，為 貴會逕予辦理退會；且欠繳費用依勞、健保局之規定，需加收滯納金，均無異議。如再行入會加保，則需結清欠費後，並以新會員手續重新申請入會。
4. 日後如於另一投保單位加保，本人務必於事前親自向 貴會辦妥退保作業。
5. 申請人已詳閱復會申請注意事項。

申 請 人：\_\_\_\_\_ (簽名) 申請加保日：\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

工會電話：(02)2341-4588

傳真：(02)2351-9085

EMAIL：SMP.tpe@hotmail.com

工會地址：台北市中正區市民大道三段 8 號 5 樓 81 室

工會網站：http://smpu.com.tw/