

入會日期：		證號：	
-------	--	-----	--

新北市乳房養護職業工會申請表

姓名		性別		出生年月日	年 月 日	證照	
身分證號				學歷		工作項目	
服務單位請打V	<input type="checkbox"/> 自營作業【指獨立從事勞動或技藝工作，獲致報酬且未僱用有酬人員幫同工作而言】。(有營業登記，無聘雇他人) <input type="checkbox"/> 無一定雇主【指經常於3個月內受僱於2個以上不同之雇主，其工作機會、工作時間、工作量、工作場所、工作報酬不固定者】。(行動美容、家庭美容-個人工作者)						
戶籍地址	縣 市 鄉 村	街	巷	鄰	段	號	樓
	市 區 鎮 里	路	弄				
電話(日)		電話(夜)		行動電話			
通訊地址	縣 市 鄉 村	街	巷	鄰	段	號	樓
	市 區 鎮 里	路	弄				
e-mail	@						
※目前是否懷孕中： <input type="checkbox"/> 是，()月。 <input type="checkbox"/> 否。							
審核結果				介紹人			

逕啟者本人贊同貴會宗旨遵照 貴會章程情願加入為會員，凡會中一切規章及決議案誠謹遵守，請准予入會是荷（凡入會會員資格，授權常務理事先行依法審理入會，再提經理事會議追認。）

本人已詳閱入會簡章，清楚明白-如在其它單位加勞、健保需本人親至工會辦理勞、健保退出手續，恐口說無憑，特此證明。本人_____簽名 (蓋章)
※已領取會員證，特此證明，本人_____簽名，遺失補發需繳交 200元工本費與 2 吋照片 1 張。

此 致 新北市乳房養護職業工會 台照

欲加 勞、健保者

背面還有資料要填寫哦~

欲在工會加勞、健保者需填寫

切 結 書

立切結書人 _____ 確實為無一定雇主（指經常於 3 個月內受僱於 2 個以上不同之雇主，其工作機會、工作時間、工作量、工作場所、工作報酬不固定者）或自營作業（指獨立從事勞動或技藝工作，獲致報酬且未僱用有酬人員幫同工作而言）之從事皮膚美容及保養為業的勞工，由 貴會為投保單位加入勞工保險及全民健康保險，並遵照 貴會一切規章及配合繳費制度，如逾期未繳納時本人願意由 貴會依「職業工會會員參加勞工保險暨全民健康保險欠費處理要點」，分別向勞、健保局列報個人欠費，屆時將暫停一切給付及權業，所有後果由本人負責。倘日後有違背勞工保險條例第二十三條及第七十條以詐欺其他不正當行為領取保險給付或為虛偽之證明、報告、陳述或帶病投保等情事，致使 貴會遭受損害時，本人及連帶保證人願意擔負保險給付之罰鍰，並依民法負損害賠償之責任且拋棄先訴抗辯權。 貴會為本人代辦勞、健保事宜，倘若屆時本人因工作地點遷移本市、轉業、被他人長期僱用、僱用他人、退休或已不專任乳房養護相關工作者，定將前往貴會辦理退保、退會事宜

※如本人在其它單位加入勞、健保時，需告知本會並到會辦理勞、健保退保事宜，若無辦理，視同願意重覆加保，重覆之費用由本人負責。

以上所述恐口說無憑特立此連帶保證切結書為憑。

新北市乳房養護職業工會 台照

立切結書人： _____ 蓋章：
(申請人)

身 份 證 號： _____

住 址： _____

電 話： _____

緊急聯絡人： _____

※需年滿 20 歲之成年人。

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

新北市乳房養護職業工會入會加保勞工保險切結書

一、 本人_____於____年____月____日親自到新北市乳房養護職業工會

辦理入會加保 自營 作業（有營業登記，無聘雇他人）
無一定雇主（行動美容、家庭美容、個人工作者）

由於勞工保險局對於職業工會會員入會加保資格審查較嚴謹，有訪查必要時，申請人不得拒絕其訪查（公文訪查、實地訪查）。

二、 本人加保資格有疑義而被勞保局查訪之期間，一但發生勞保相關給付事項，如致無法據以領取時，不得歸責於本職業工會。

三、 辦理入會時所繳納相關費用，若經相關單位審核未符合加保資格且自始即不核准時，依勞保局規定已繳保費概不退還、此期間年資不算、而國民年金仍須追繳之。

四、 如因不實加保，造成勞保給付之申請無法領取者，本人願放棄抗辯權。

五、 因工會加保條件為自營作業或無一定雇主之個人，在工會只有投保【勞工保險】，不包含【就業保險】，所以無法請領「育嬰留職停薪津貼」和「失業給付」。且無提撥 6%退休金。

對於上述之內容被保險人本人親自閱讀並清楚瞭解，仍願意辦理其加保事項，恐口說無憑特立下此切結書以示負責。

切結書人簽章：

身分證字號：

電 話 ：