

臺北市體育運動教練職業工會

會員異動申請書

申請人	會員編號					
	姓名					
	電話		手機			
	加保	對象	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 健保 · (書寫加保日期) _____ <input type="checkbox"/> 勞保 · (書寫加保日期) _____ ※會員本人申請日當天生效。 <input type="checkbox"/> 團保 · (書寫加保日期) _____ ※每月 20 日前申辦次月生效。			
			眷屬 (健保)	(書寫姓名)	(書寫身分證號)	(書寫出生年月日)
	(書寫姓名)	(書寫身分證號)		(書寫出生年月日)	(書寫加保日期)	
	(書寫姓名)	(書寫身分證號)		(書寫出生年月日)	(書寫加保日期)	
(書寫姓名)	(書寫身分證號)	(書寫出生年月日)		(書寫加保日期)		
(書寫姓名)	(書寫身分證號)	(書寫出生年月日)		(書寫加保日期)		
原因	<input type="checkbox"/> 退保 <input type="checkbox"/> 勞 <input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 退會 <input type="checkbox"/> 停保(健保)					
	<input type="checkbox"/> 找到新工作 <input type="checkbox"/> 轉入其他工會 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 眷屬退保： (書寫眷屬姓名) _____ <input type="checkbox"/> 預計出國 6 個月以上(請附電子機票等證明) <input type="checkbox"/> 負責人					
薪資調整	調整後金額	<input type="checkbox"/> 15%(不需附薪資證明) <input type="checkbox"/> (書寫薪資數目) _____ 元 (>15%需附薪資證明)				

備註：

- 勞保加保之申請日期，將於申請日當天生效，請確認欲申請生效之日期。
- 薪資調整，當月申請將於【下個月 1 日】生效。
- 請書寫完畢後，請於工會工作時間以【傳真】方式傳回工會(FAX:02-27061230)。
- 若有其他疑問，請洽工會電詢(02-27061215)。

申請人親簽 (書寫姓名) _____

收件日期	處理日期	審核