臺北市體育運動教練職業工會

會員異動申請書

113.01

<table>
<tr><td rowspan="9">申
請
人</td><td>編　號</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>姓　名</td><td colspan="2"></td><td>手　機</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">□
加　保</td><td rowspan="2">對　象</td><td colspan="3">□本人
□健保，加保日期(加保日期)_____
□勞保/□退休保職災，加保日期(加___)※申請日當天生效。
□團保，加保日期(加保日期)_____※每月 20 日前申辦次月生效。</td></tr>
<tr><td>□
眷屬
(健保)</td><td>姓名
(書寫姓名)
(書寫姓名)
(書寫姓名)</td><td>身分證字號
(書寫身分證號)
(書寫身分證號)
(書寫身分證號)</td><td>出生年月日
(書寫出生年月日)
(書寫出生年月日)
(書寫出生年月日)</td><td>加保日期
(書寫加保日期)
(書寫加保日期)
(書寫加保日期)</td></tr>
<tr><td>□退保□勞
□健
□退會
□退團保
□停保(健保)
轉出日期:
___年___月___日</td><td>原因</td><td colspan="3">□找到新工作　　□退休
□轉入其他工會
□眷屬退保姓名/日期：_____
□預計出國 6 個月以上(請附電子機票等證明)
□負責人
□其他 _____</td></tr>
<tr><td>□薪資調整</td><td colspan="4">□ 15%(不需附薪資證明)
□ 調整後金額(書寫薪資數目)_____元（>15%需附薪資證明)</td></tr>
<tr><td>□資料變更</td><td colspan="4">□ 通訊地址:_____
□ 戶籍地址:_____
□ 電　話：_____</td></tr>
</table>

備註：

1. 勞保加退保無法追朔，最快於申請日當天生效，請確認欲申請生效之日期。
2. 薪資調整，當月申請將於【下個月 1 日】生效。
3. 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)。
4. 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