

# 臺北市產後照顧服務人員職業工會

會員編號:

## 復會(復保)申請書

申請人		身分證字號	
聯絡電話		申請復會 (復保)日期	民國____年____月____日
復保項目	<input type="checkbox"/> 復會 <input type="checkbox"/> 復勞保 <input type="checkbox"/> 復健保 <input type="checkbox"/> 加入團體意外險 投保薪資: _____ ※未填寫者, 視同您意以本會最低投保薪資級距加保		
計費方式	1.入會費: 新台幣 600 元 2.常年會費: 新台幣 200 元/月 3.勞保費以勞工保險局及健保費健康保險局公告為基準		
應檢附文件	1.申請書正本一份 2.申請人身分證影本一份 3.前一單位轉出證明單 4.眷屬附保健保請加附眷屬之戶口名簿影本一份, 如該眷屬已年滿 20 歲需加附在學證明影本一份 5.欲投保 23,100 元以上者, 請另準備上年度所得稅扣繳憑單影本。 6.如有以下任一狀況, 請於加保時提供工作證明正本: (1)帶病投保 (2)加保當下已懷孕 (3)年滿 50 歲(含)以上, 且勞保中斷超過一年以上		
注意事項	1.本會僅於非假日之上班時間受理申請 上班時間: 週一到週五(國定例假日除外)上午 9:00- 12:00, 下午 13:00-17:00 2.申請人有義務主動查詢任一委辦業務之進度, 本會僅提供協助服務。		
同意臺北市產後照顧服務人員職業工會依據上述填寫之資料辦理本人相關事宜, 並已詳閱注意事項無誤, 特立此書為憑。			
此致 臺北市產後照顧服務人員職業工會			
申請人_____ 申請日期:民國____年____月____日			

聯絡電話: 02-8771-8228 傳真:02-8773-8771 網站:<http://www.pnc.org.tw>

聯絡地址: 臺北市大安區忠孝東路四段 221 號 12 樓 1213 室