

高雄縣勞動力援助人員職業工會 入會申請書

編號：

★申請人姓名		住宅電話	
★繳費通知寄送地址 (請務必填寫清晰)			
★行動電話		★LINE ID	
★緊急聯絡人姓名： (稱謂)：		★緊急聯絡人電話	
身分證影本 (正面)		身分證影本 (反面)	
切 結 書 茲聲明本人確實以支援方式從事或將從事於技術性、體力性之工作，並因而獲得報酬。 謹此聲明 ★(1)本人☐同意☐不同意，每年____月調高 15%(加保當月) ★(2)從事的 2 項工作性質(____、____)(會做或曾經做的工作) 此致 高雄縣勞動力援助人員職業工會			
★立書人簽名：		★中華民國 年 月 日	
記事：(1)自____年____月____日加____人眷健，姓名：_____ 簽名：_____。			

- ◎請填妥本申請書，連同下列費用「匯款收據影本」，親自或掛號郵寄至工會即可。
- ◎費用：1. ☐入會費 1000 元(只繳 1 次)☐年度禮(約 7 月份)☐禮金(直系親屬紅白帖)
2. 本會三個月繳 1 次共 **9585** 元(勞、健保費及會費合計每月 **3195** 元)
〈以投保薪資 29500 元計收，勞保 **2080** 元、健保 **915** 元、會費 **200** 元〉。
3. 眷屬之健保費 915 元/每人/每月〈以投保薪資 29500 元計收，欲調高者另計〉。
- ◎ 眷屬計費人數，最多以 3 人計收；即眷屬超過 3 人時，仍以 3 人計收。
- 會址：高雄市梓官區和平路 225 號 TEL：07-6107200 FAX：07-6194319
郵局帳號：0101537-0254424 戶名：高雄縣勞動力援助人員職業工會

理事長： 監事： 會計： 承辦人：

高雄縣勞動力援助人員職業工會 退會申請書

編號：

★申請人姓名		住宅電話	
★行動電話		★LINE ID	
★退費支票寄送地址 (請務必填寫清晰)			
身分證影本 (正面)		身分證影本 (反面)	
切 結 書 茲聲明本人於____年____月____日因☐找到工作；☐勞退；☐其它，故自願退出工會且將勞健保當日轉出並結清費用，若有待金額退款，則須開立背書轉讓之被保險人支票， ★請先勾選退費支票領取方式，二則一☐掛號寄送（扣 35 元郵資），簽名：_____ ☐自行來會領取，簽名：_____ 此致 高雄縣勞動力援助人員職業工會 ★ 立書人簽名： 中 華 民 國 年 月 日			

- ◎ 請填妥本申請書，親自或掛號郵寄至工會即可。
- ◎ 退費費用待勞健保局結算後以支票寄送歸還或親自領取。
- ◎ 勞保以天計算退費，健保按月退費。

會 址：高雄市梓官區和平路 225 號

TEL：07-6107200

FAX：07-6194319

理事長：

監事：

會計：

承辦人：因☐找到工作☐勞退☐其它

退勞健眷查電

依據本會會議決議，須於前一個月(季)之月(季)月底前繳清次月(季)保費，若未如期出示繳費證明，本會將依勞保局要求，得照實申報欠費事宜，至當年度會員代表大會召開，並通知本人到場闡述，如未到場將予以除名。

以上做法、請非得已，敬請見諒！

高雄縣勞動力援助人員職業工會 啟

本人已確實了解貴會上述規定。

切結人： _____年____月____日 (加保當日日期)

-----裁-----切-----線-----會員留存-----

高雄縣勞動力援助人員職業工會入會須知

1. 首次入會需入會費 1,000 元(退會不予退還，再次入會不再收取)
 2. 季繳者：每年 3、6、9、12 月初會寄出帳單，
請於當月份 24 日前可至四大超商及新光銀行繳交費用，若是於當月 25 日後繳費者，請傳真收據到 07-6194319 或拍照到工會 LINE ID:0934339044，以免電腦系統誤判而影響權益，請見諒！
 3. 年度禮品：本工會是發放年度禮品，於當年度舉辦完講習(約 7 月份-會籍滿 6 個月以上仍在會者)後開始發放，請於年底前領用完畢。
- 諮詢專線： 07-6107200、0934-339-044(亦是 Line ID)