**健保加保申請書 會員號碼：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **承辦處** |  | **入會日期** |  **年 月 日** |
| **姓 名** |  | **出生日期** |  **年 月 日** |
| **身分證字號** |  | **是否加入眷屬** |  **□是 □否** |
| **聯絡電話** | **住家: 手機:** |
| **聯絡地址** |  |
| **e-mail** |  |
| **備註欄** |  **本會填寫** | **繳納年月** |  **年 月 ~ 年 月**  |
| **承辦處備註** |  **本會填寫** |

**※以上欄位皆為必填!!!**

**※被保險人請檢附身分證正反面影本**

**※若有眷屬需依附，請檢附相關資料(戶口名簿影本或身分證影本、健保卡影本)**

|  |
| --- |
| ※本人自願加入新北市理燙髮美容材料運送業職業工會並配合工會章程 及會員權益辦法實施準則，並準時繳納工會各項費用(全民健康保險 費、會員費)。※繳費期間為每年1、4、7、10月之10日前(季繳)，如有逾期或未繳納而 產生滯納罰金或暫行拒絕各項給付，則依費用繳交後視央健康保險屬 認定之。※本人欲申請退會退保時，願依 貴會規定辦理退會退保手續並繳納積 欠保費及會費。 繳費方式：□年繳 □半年繳 □季繳   此 致 新北市理燙髮美容材料運送職業工會  立切結書人： (請務必簽名蓋章)中 華 民 國 年 月 日**★全民健康保險費用依投保薪資申報，並於每月繳交100元會員費。** |