

| | | | | | | |
|--|--|------|------|-------|-------|-----------------------|
| 新北市陶瓷工職業工會 僅參加職業災害保險(三) (投保薪資) | | | | | | 電話: (H) (O) 手機: |
| 勞工姓名 | | 性別 | 出生日期 | | 身分證字號 | |
| 戶籍地址 | 縣(市) 鄉(鎮) 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓 | | | | | |
| 通訊地址 | 縣(市) 鄉(鎮) 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓 | | | | | |
| 工作項目 | | 工作住址 | | | | |
| 從業性質 | <input type="checkbox"/> 無一定雇主（提出工作處所證明） <input type="checkbox"/> 自營無執照（附上2張名片） <input type="checkbox"/> 自營有營利事業登記證（附上2張名片，登記證影本） | | | | | |
| 工作處所證明 | 上述申請人確實於本處所從事陶瓷相關工作，特以此證明 工作處所名稱： 店章 工作處所地址： 負責人： 簽章 身分證字號： 聯絡電話： | | | | | |
| 本工會規章：請切實遵守 | | | | | | |
| 1.申請人遵循 貴會章程，願服從各種決議及規章，如有違背者願受貴會依法制裁，絕無任何異議。 | | | | | | |
| 2.申請人已向勞保局申領過老年給付，且於新北市境內再從事陶瓷相關工作；倘與事實不符者，一切責任由申請人及舉證人共同負責，特立此書以為切結。 | | | | | | |
| 3.勞工保險係【在職保險】，申請人確實在新北市境內區域從事本業工作之無一定雇主或自營作業而參加職業工會，並委由本業之職業工會辦理勞保，如不符規定者，勞保局依法將取消被保險人資格並追還已領取之保險給付，已繳保險費不予退還。 | | | | | | |
| 4.本人已審閱貴會所提供之「個人資料保護法應告知事項」並同意貴會就本人之個人資料，並於「個人資料保護法」及「辦理工會會務」等範圍內，有蒐集、處理及利用之權利。 | | | | | | |
| 此致 | | | | | | |
| 新北市陶瓷工職業工會 申請人簽章： 簽章 舉證人： 簽章 | | | | | | |
| 申請入會日期： 年 月 日 | | | | 理事會審核 | | |
| 加保生效日期： 年 月 日 「由本會填寫」 | | | | | | |

若有眷屬參加全民健保者請填寫以下欄位：

| | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|
| 眷屬姓名 | | | | | |
| 身分證號 | | | | | |
| 出生日期 | | | | | |
| 關係 | | | | | |