

新北市護理人員職業工會 入會申請書

會員編號		投保薪資		加保日期		相 片
姓 名		出生日期		年 月 日		
身分證字號		介紹人				

通訊 (帳單地址)		市	區	鎮	路	段	巷	弄	號	樓之
		縣		鄉	街					

聯絡方式	本人	〈手機〉	〈住家〉	<input type="checkbox"/> 紙本帳單 <input type="checkbox"/> 電子帳單
	親屬	〈手機〉	〈姓名〉	〈關係〉

眷屬加保 (健保)

姓 名	身分證字號	出生日期	姓 名	身分證字號	出生日期

勞保、健保加保 申明書

本人係勞工保險條例第6條第1項第7款無一定雇主或自營作業之人員，並符合施行細則第11條所定之勞工，特請 貴會辦理參加勞保、健保，上開事項屬實，若有不實，本人願放棄先訴投辯權願負一切法律責任，不得異議，恐口說無憑，特立此申明書為證，概與工會無關。嗣後經查身份不符或帶病投保違反勞保規定情事因而被取消資格所生之賠償，本人願負法律上一切責任及清償一切醫療費用，絕無異議，並願放棄先訴抗辯權，恐口說無憑，特此具結屬實。

申請人簽章： _____

中華民國 年 月 日

身分證 正面浮貼	身分證 背面浮貼
----------	----------