

新北市護理人員職業工會

轉出證明單

查

會員編號:_____會員本人:_____

茲本人因()轉業 ()退休 ()其他

會員眷屬:_____ 身份證字號:_____ 會

員眷屬:_____ 身份證字號:_____

要轉出本工會投保/勞健保，並繳清一切費用故
請工會於 年 月 日辦理轉出，特此證明。

立書人簽名:

蓋章:

身份證字號:

手機:

傳真:(02)2281-6603 傳真後 請來電確認(02)8285-5118

※會員轉出若有勞健保溢繳部份，請傳真存摺影本，但需扣除匯款手續費 30 元，入帳作業統一於次月 5 號撥款至指定帳戶!謝謝。

中華民國 年 月 日