

臺北市幼兒托育職業工會 轉出申請書

會員編號		姓 名		出生日期	
身分證號		電 話		手 機	
地 址					
轉出項目	<input type="checkbox"/> 本人退會退保 <input type="checkbox"/> 眷屬健保 <input type="checkbox"/> 本人團保/意外險 <input type="checkbox"/> 眷屬團保/意外險			退保原因	
代 辦 人		身分證號		關係	
聯絡電話		地 址			
眷 屬 轉 出					
稱 謂	姓 名	轉出別		轉出日期	
		<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保 <input type="checkbox"/> 意外險		年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保 <input type="checkbox"/> 意外險		年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保 <input type="checkbox"/> 意外險		年 月 日	
重要事項	1 理由若為轉業或欠繳會費以外之原因，申請人願負一切責任。 2 會員退會退保如有尚未繳清之勞工保險費、健保費及會費者，均應繳清所欠之款項。 3 填妥本申請書後， <u>親自到工會辦理或傳真至工會</u> ，並請來電確認完成退會退保手續，一律以工會完成作業為準。 4 若非本人申請，代辦人願付一切責任。				
說 明	※若採傳真方式辦理，務必來電確認※ 需退費之會員請一併附上存摺影本 匯款帳號：永豐銀行 景美分行 (807) 122-004-0029012-3 戶 名：臺北市幼兒托育職業工會 電 話：(02)2935-0559 傳真：(02)2935-7618				
理事長		總幹事		承辦人	

被保險人簽名： (簽章)

退會退保日期：

代辦人簽名： (簽章)

填表日 中華民國 年 月 日