

# 高雄市芳療工會 入會申請書

申請人姓名	介紹人(舊會員)姓名	連絡電話	行動電話
	ID 末四碼：	(O) (H)	
通訊地址(繳費單寄送地址)			<input type="checkbox"/> 無眷屬 <input type="checkbox"/> 眷屬____人
縣 市	市鄉 區鎮	路 段 街 巷	弄 樓之 號 室 E-mail：

身分證影本  
(正面)

●身分證影本請註明：限辦理工會勞健保專用。

### 身分證影本(背面)

一、單獨參加勞保者，請填『切結書』並附『加保證明』：

1. 公司負責人，健保已加保於自己公司。
2. 為受雇勞工，健保已加保於一般公司行號。
3. 健保已加保於其他職業工會。
4. 健保已加入「福保」之低收入戶。
5. 健保已加保之「里長」。

二、未成立勞、健保投保單位之企業社或商號負責人，可以加入職業工會參加勞健保。

## 從事本業聲明書

本人確實於高雄市從事芳療整體保養(使用精油做為媒介，並以推拿、泡澡(SPA)、薰香等方式，以達到預防身心靈疾病與保健)服務工作而獲得報酬。若有隱匿真實或違反法令規定，致受勞保局拒絕保險給付或取消投保資格時，本人願自行承擔後果與責任。

此致

高雄市芳療工會

立書人簽名：

民國 年 月 日

## 入會聲明書

本人贊同 貴會宗旨，並願遵守 貴會章程及法令規定；不論有無收到繳費單，本人均願按時繳納勞健保費及常年費(因此，工會未收保證金)。口訴者：\_\_\_\_\_

此致

高雄市芳療工會

立書人簽名：

民國 年 月 日

理事會	檢附資料核對人	收費(加保)內容	檢附資料	受理章戳
		<input type="checkbox"/> 一般勞保 <input type="checkbox"/> 僅職災 <input type="checkbox"/> 健保 計費人數：本人 + ____ 眷 投保薪資： 申辦人確認：	<input type="checkbox"/> 戶口名簿影本。 <input type="checkbox"/> 單勞保切結書。 <input type="checkbox"/> 僅勞保職災聲明書。 <input type="checkbox"/> 代辦委託書。 其他：	

會址：高雄市三民區博愛一路 21 號(中博高架橋下) TEL：311-0055 FAX：311-3322