

# 宜蘭縣勞動力援助人員職業工會

## 資料異動申請表

會員編號		會員姓名		身分證號 出生年月日	年 月 日
通訊地址				聯絡電話	
辦理項目	<input type="checkbox"/> 調整薪資 <input type="checkbox"/> 復會加保 <input type="checkbox"/> 結清退保 <input type="checkbox"/> 眷屬健保 <input type="checkbox"/> 職災就醫				
調整薪資	本人同意自民國__年__月份申請調整投保薪資，並於次月1日生效。 本人原投保薪資為：\$ _____，申請後調整投保薪資為：\$ _____。 投保薪資： <input type="checkbox"/> 25,250 <input type="checkbox"/> 26,400 <input type="checkbox"/> 27,600 <input type="checkbox"/> 28,800 <input type="checkbox"/> 30,300 <input type="checkbox"/> 31,800 <input type="checkbox"/> 33,300 <input type="checkbox"/> 34,800 <input type="checkbox"/> 36,300 <input type="checkbox"/> 38,200 <input type="checkbox"/> 40,100 <input type="checkbox"/> 42,000 <input type="checkbox"/> 43,900 <input type="checkbox"/> 45,800 ★1.請配合本會繳款月份，採固定調薪月，於每年6、12月份提出申請。 2.勞保投保每滿一年，依規定可於15%內調高；有薪資所得證明者，不再此限。 3.勞報投保薪資調整時，依規定健保亦必須隨同調整，眷屬健保亦同。 4.會員申請調整薪資時，不可為住院中或調整後3個內申請勞保各項給付，否則經勞保局認定為巧取給付時，會員本人需自負其責，與本會無涉。 ★5.薪資調整採逐年申請，並請自行保存收入證明，以利查核。				
復會加保	加保日期：民國__年__月__日。 加保項目： <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 眷屬__人。 ★請先向會務人員查詢應繳費金額，以利辦理復會手續。				
結清退保	退保原因： <input type="checkbox"/> 轉換投保單位。 <input type="checkbox"/> 受雇公司。 <input type="checkbox"/> 其他： 退保日期： <input type="checkbox"/> 工會受理日。 <input type="checkbox"/> 自民國__年__月__日起退保(不能追溯退保)。 退費方式： <input type="checkbox"/> 自行領取。 <input type="checkbox"/> 由工會郵匯會員指定帳戶(手續費自退款中扣除)。				
稱呼	眷屬姓名	出生日期	身分證字號	異動別	異動日期
父母				<input type="checkbox"/> 轉入 <input type="checkbox"/> 轉出	
父母				<input type="checkbox"/> 轉入 <input type="checkbox"/> 轉出	
配偶				<input type="checkbox"/> 轉入 <input type="checkbox"/> 轉出	
子女				<input type="checkbox"/> 轉入 <input type="checkbox"/> 轉出	
子女				<input type="checkbox"/> 轉入 <input type="checkbox"/> 轉出	
子女				<input type="checkbox"/> 轉入 <input type="checkbox"/> 轉出	
<input type="checkbox"/> 門診單 <input type="checkbox"/> 住院單	事故原因： <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 公出途中 <input type="checkbox"/> 上下班途中 <input type="checkbox"/> 其他： 事故日期： 交通工具： 發生地點： 事故概要： ★公出或上下班途中發生事故，請加填「上下班事故證明書」。				
<h3>聲 明 書</h3> <p>茲同意宜蘭縣勞動力援助人員職業工會，依據本人上開填選資料辦理；本人已詳閱填選項目及注意事項無誤，特立此書為憑。</p> <p>此 致</p> <p>宜蘭縣勞動力援助人員職業工會</p> <p><b>立書人簽名：</b> _____ <b>中華民國</b> 年 月 日</p>					
資料登載	資料審查	工會受理章	承辦人	理事會	
	<input type="checkbox"/> 齊全。 <input type="checkbox"/> 尚缺：				