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	**□調整薪資 □復會加保 □結清退保 □眷屬健保 □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： □25,250□26,400□27,600□28,800□30,300□31,800□33,300□34,800□36,300□38,200□40,100□42,000□43,900□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：□勞保□健保□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：□轉換投保單位。 □受雇公司。 □其他： 退保日期：□工會受理日。□自民國__年_月_日起退保(不能追溯退保)。 退費方式：□自行領取。 □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				□轉入 □轉出	
父母				□轉入 □轉出	
配偶				□轉入 □轉出	
子女				□轉入 □轉出	
子女				□轉入 □轉出	
子女				□轉入 □轉出	

□門診單 □住院單	事故原因：□工作中 □公出途中 □上下班途中 □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」。

聲 明 書

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。

此 致

宜蘭縣勞動力援助人員職業工會

立書人簽名： **中華民國 年 月 日**

資 料 登 載	資料審查	工會受理章	承辦人	理事會
	□ 齊全。 □ 尚缺：			