

臺中市家庭教學服務人員職業工會

會員調整投保金額確認申請書

會員編號	
會員姓名	
身分證字號	
生 日	年 月 日
原勞保投保金額	
原健保投保金額	
調整後勞保投保金額	
調整後健保投保金額	
調整生效日期	年 月 日

本人持續投保 貴工會年滿一年以上，今申請本人調整勞健保投保薪資級距（年調整不超過勞保局規定原投保金額之 15%），投保金額調整後之費用，本人已清楚無誤且無異議同意。

會員簽名確認：

電話：04-22014797

傳真：04-22017976

中 華 民 國

年

月

日