

臺中市家庭教學服務人員職業工會

會員/眷屬/加保確認申請書

會員編號				
會員姓名				
身份證字號		生日	年 月 日	
勞保投保金額		勞保加保日	年 月 日	
健保投保金額 (負責人身份不得加保)		健保加保日	年 月 日	
健保眷屬加保	姓名	身份證字號	生日	加保日期
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日

申請加保會員簽名確認：

中 華 民 國 年 月 日

電話：04-22014797

傳真：04-22017976