

台北市廚師業職業工會 轉出申請書

會員編號		姓 名		出生日期	年 月 日
身分證號		電 話		手 機	
地 址					
轉出項目	<input type="checkbox"/> 本人退會退勞健保 <input type="checkbox"/> 本人退會/退勞保/退健保(請圈選) <input type="checkbox"/> 眷屬退健保			退保原因	
代 辦 人		身分證號		聯絡電話	
關 係	<input type="checkbox"/> 親屬 <input type="checkbox"/> 雇主 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他_____				
眷 屬 轉 出					
稱 謂	姓 名	轉 出 別	轉 出 日 期		
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母		<input type="checkbox"/> 健保	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母		<input type="checkbox"/> 健保	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母		<input type="checkbox"/> 健保	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母		<input type="checkbox"/> 健保	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母		<input type="checkbox"/> 健保	年 月 日		
重要事項	1 理由若為轉業或欠繳會費以外之原因，申請人願負一切責任。				
	2 會員退會退保如有尚未繳清之勞工保險費、健保費及會費者，均應繳清所欠之款項。				
	3 填妥本申請書後確認無誤，親自到工會辦理、傳真至工會或用 LINE 回傳，並請來電確認完成退會退保手續，一律以工會完成作業為準。				
	4 若非本人申請，代辦人願付一切責任。				
說 明	※若採傳真方式辦理，務必來電確認※ 需退費之會員請一併附上存摺影本				
	匯款帳號：永豐銀行 景美分行 (807) 122-018-0021087-1 戶 名：臺北市廚師業職業工會 電 話：(02)2935-0559、2934-9828 傳真：(02)2935-7618				
理事長		總幹事		承辦人	

被保險人簽名：

退會退保日期： 年 月 日

代 辦 人 簽 名：

填表日 中華民國 年 月 日