

# 桃園市勞動力援助職業工會

## 健保加退保申請書

會員姓名	身分證字號	會員編號 (工會填寫)
------	-------	----------------

### 眷屬加退保

\*如有特殊減免身分請先告知以免溢收保費

眷屬姓名	身分證字號	生日	關係	異動申請
				<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 生效日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 授權工會銜接中斷/重複日期加/退保
				<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 生效日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 授權工會銜接中斷/重複日期加/退保
				<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 生效日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 授權工會銜接中斷/重複日期加/退保
				<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 生效日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 授權工會銜接中斷/重複日期加/退保
				<input type="checkbox"/> 加保 <input type="checkbox"/> 退保 生效日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 授權工會銜接中斷/重複日期加/退保

### 會員本人健保 加退保(會員本人如無異動請勿填寫)

會員本人加保，生效日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

會員本人退保，生效日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

\*子女年滿 20 歲依附投保，需檢附學生證或一年內【畢業或退伍】證明。

\*父母及配偶無職業才可以依附投保

會員簽名：\_\_\_\_\_ 簽名日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

請 LINE ID：@yes3391699 或傳真 03-3391770，回傳後請務必來電 03-3391699 確認完成加退保程序