台北市藝文創作人員職業工會

(年滿 16 歲即可加入本會辦理勞保健保眷保)

姓　名		身分證字號		出生日期		相片1張
現　職		電　話		手　機		
E-mail						
收據寄發地址						

會員編號	勞保投保額	健保投保額	入會加保月份	工會受理日期
			請自　　月份	年　　月　　日

★若需眷保，請填家屬資料，並請附上戶口名簿影本【在眷保家屬的名字上打勾】

與投保人關係	姓　　名	身分證字號	出生日期	備　　註
			年　　月　　日	
			年　　月　　日	
			年　　月　　日	

身分證　正面粘貼處 （請浮貼）	**身分證　反面粘貼處** （請浮貼）

※ 工會採用**超商**或**郵局刷條碼繳費**，「繳費通知」會在繳費月份 **3、6、9、12 月**之月初寄到您的府上，因此，你的通訊處若有搬遷、換電話或月初沒有收到「繳費通知」…等事項，務必來電通知工會。**超商繳費期限：繳費月份 20 日以前。超過時間時，可持單繳費單至郵局刷條碼繳費**

※「繳費通知」只寄一次，不再另行通知，若**未繳納**或**失聯者**，其**勞健保會產生額外滯納金**，不可不慎！

切 結 書

本人無一定雇主，確實從事藝文創作相關之工作，願加入台北市藝文創作人員職業工會會員，遵守工會規章並申報勞工保險與全民健康保險，**絕無帶病加保或詐取勞保給付之行為**，並遵照貴會各項規定按期繳納會費、勞保費、健保費。如逾期未繳，本人同意貴會取消本人會員資格，並向勞保局與健保局完成退保手續，若有積欠任何款項或勞保、健保滯納金，本人願立即繳清，倘有隱瞞致使發生勞保局拒付勞工保險給付之情況，願放棄所有權益，一切後果由本人負責與工會無關。

此致

台北市藝文創作人員職業工會

立書人簽名：　　印章：　　中華民國　　年　　月　　日

★最近 6 個月內，將申請下列給付者，務必勾選，並請告知工會人員

□生育給付　□傷病給付　□老年給付　□失能給付　□家屬死亡給付　□本人死亡給付

◎本會採**季繳制**，計費月份為 1-3 月(12 月繳費)、4-6 月(3 月繳費)、7-9 月(6 月繳費)、10-12 月(9 月繳費)。

以勞保投保薪資保額 21009 元　健保投保薪資保額 22800 元計算(需調高者另計)

入會加保繳 7047 元【(月費 150 元+勞保費 1217 元+健保費 642 元)x3 個月+入會費 1,000 元(只繳一次)+劃撥 20 元】

◎入會加保可於現場開立繳費單至**超商**或**郵局刷條碼**繳費。

◎第一次入會須本人親自蒞臨現場辦理入會手續

【填寫完成後，連同接案證明親洽至工會，如因上述繳款而產生之匯款手續費或其他費用，由會員負擔】

藝文工會地址：108 台北市萬華區萬大路 254 號 1 樓　電話：(02)2307-3089　傳真：(02)2307-3081

E-mail: tp.creator88@gmail.com