台北市電影戲劇業職業工會

會員入會申請書

編號		姓名		出生		相片	
身分證		藝名		現職			
戶籍地址							
通訊地址						電話	
工作地址							
小組別		E-mail				投保薪資	

茲願依法加入台北市電影戲劇業職業工會為會員，願遵守本會一切規章，如有違背情勢願受處分，而無異議。並同意工會因入會而蒐集取得本人資料，可運用於查詢、更正、處理等正當業務所需。

謹上 台北市電影戲劇業職業工會　　申請人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（簽章）

中華民國　　年　　月　　日

理事長	審核委員	審核	介紹人

附註

一、附身分證反面影印乙份、照片一張、私章、及健保前單位轉出證明。

二、新加保(復保)時須繳入會費800元整。

三、若有眷屬附加被保險人健保，請附戶口名簿影本乙份。

切結書

本人加入台北市電影戲劇業職業工會，將委由公會依法代為申辦勞工保險及全民健康保險加保等事宜；且代為暫收勞健保費，其起算日以勞工保險局及健保局確認加保完成之日為準確日。

茲 特具本切結書本人確實於台北市無一定雇主或自營作業而從事電影戲劇等工作之勞工身分，倘如事後經勞工保險局查核，發現與上項結證不符時，被依法取消其被投保人資格，因而導致不能享有各項給付之權益時，結證人如願負擔承受一切，絕無異議，特具立此結為憑。

※本人於中華民國　　年　　月　　日辦理加保，且人在國內並未出境，特此結證。

立結證人：

身分證字號：

勞保經辦人：　　健保經辦人：　　收費經辦人：