會員編號： 入會日期：

高雄市彩券販賣人員職業工會入會申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | | 身分證字號 |  | | 相 片 | |
| 性　　別 | □男 □女 | | 投注站名稱 |  | |
| 出生日期 | 年　 月 　日 | | 經銷方式 | □甲類 □乙類 □運彩（立即型）（電腦型） | |
| 電　　話 |  | | 行動電話 |  | |
| 通訊地址 | □□□ | | | | | | |
| 戶籍地址 | □同上  □□□ | | | | | | |
| 身份別 | □身心障礙者  □輕□中□重□極重 | | □單親低收入戶 | | □原住民 | | □一般 |
| 切結書 | **切 結 書**  本人 因販賣公益彩券加入高雄市彩券販賣人員職業工會，並投保勞、健保，若有帶病投保或停止販賣彩券，遭到勞保局拒絕理賠或予以取消勞保資格時，本會將協助會員居中協調；如果無法申請理賠或理賠金額與本人期待有出入時，絶對與高雄市彩券販賣人員職業工會無關，本人絶無任何異議。此致  高雄市彩券販賣人員職業工會  切結人：　　　　　 　 簽章 | | | | | | |
| 委託書 | **委 託 書**  茲本人 因不克親自前往貴會，辦理入會加保手續，特委任由  受託人前往貴會代為辦理，請貴會惠予協助辦理，特立此書證明。  受託人姓名：  身分證字號：  出生年月日：  通訊住址： | | | | | | |
| 本人同意自 年 月 日加入勞健保 簽名： | | | | | | | |
| 理事會審查結果 | |  | | | | | |

入會須備資料：身份證影本、身障手冊、1吋照片2張（在職證明）  
 經銷證影本或代理人證或雇員證影本

眷屬加健保須備資料：戶口名簿影本

高 雄 市 彩 券 販 賣 人 員 職 業 工 會

【新會員入會注意事項】

**一、繳費期限:**

1. 繳費方式採季繳三個月一期(半年繳或全年繳亦可) 。

繳費方式：（1）工會繳費（2）郵政劃撥（3）超商繳費（4）玉山銀行轉帳。

劃撥帳號：42088679（郵政劃撥手續費20元、超商或玉山手續費15元會員自付）

1. 每年1月、4月、7月、10月為每期繳費日。每年3/15、6/15、9/15、12/15以後繳費者，須負擔滯納金。
2. 若過期仍未繳費，經本會催繳未果者，以公文通知，若於公文通知期限內仍未繳費者，將依法被退保及退會處理。

**二、勞健保:**

1. 新會員加入勞保最低投保薪資為22,000元、健保投保薪資24,000元；入會滿一年可以申請調整投保薪資，每年依規定不得超過15％，附收入證明者，不受15％限制。
2. 年滿65歲且設籍高雄市滿一年及綜合所得稅未達12%，最高以**749元**補助其健保費，超過須補差額。設籍高雄市滿一年之中度身心障礙者→政府補助1/2的健保費、輕度身心障礙者→政府補助1/4，重度及極重度全額補助。若綜合所得稅未達12%，高雄市政府最高以**749元**補助其餘(中度→1/2或輕度→3/4)的健保費，超過補差額。

**會員簽名： 年 月 日**

**在職證明**

|  |
| --- |
| **公司名稱： 負責人:**  **（蓋章）**  **（蓋章）**    **地址：** |