

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	投注站名稱					
出生日期	年 月 日	經銷方式	<input type="checkbox"/> 甲類 <input type="checkbox"/> 乙類 <input type="checkbox"/> 運彩 (立即型) (電腦型)				
電話		行動電話					
通訊地址	□□□						
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同上 □□□						
身份別	<input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重	<input type="checkbox"/> 單親低收入戶		<input type="checkbox"/> 原住民	<input type="checkbox"/> 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，絕對與高雄市彩券販賣人員職業工會無關，本人絕無任何異議。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： 電話：						
本人同意自 年 月 日入會及加勞健保 簽名：							
理事會審查結果							

入會須備資料：

(經銷商)身份證影本、身障手冊、經銷證影本、1吋照片3張、印章

(員工)1. 身份證影本、2張以上(含)代理人證或雇員證影本、1吋照片3張、印章

2. 身份證影本、2間(含)以上彩券行的在職證明+大小章、1吋照片3張、印章

3. 身份證影本、2間(含)以上彩券行營業登記證影本+大小章、1吋照片3張、印章

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)
2. 每年 1 月、4 月、7 月、10 月為每期繳費日。每年 2/10、5/10、8/10、11/10 以後繳費者，須負擔滯納金。
3. 若過期仍未繳費，經本會催繳未繳款者，則以公文通知，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 29,500 元、健保投保薪資 29,500 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 826 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 826 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：