

台中市機踏車修理業職業工會 會員退休健保加保聲明書

會員證號	
會員姓名	
身分證字號	
生日	/ /
加保日期	/ /
退休日期	/ /

眷屬姓名：	身分證號：	生日：	稱謂：
眷屬姓名：	身分證號：	生日：	稱謂：
眷屬姓名：	身分證號：	生日：	稱謂：
眷屬姓名：	身分證號：	生日：	稱謂：

■本人辦理退休，健保加保工會並保有所有會員權利及福利，並依工會規定，繳交相關費用。

聲明人簽章：_____ 印 聯絡電話 / 手機：_____

代辦人簽章：_____ 印 聯絡電話 / 手機：_____

填表日期：_____年_____月_____日

聯絡資訊

①電話：04-22279716
 ②傳真：04-22279717
 ③地址：台中市中區中山路317號
 ④E-mail：chi.tache.txg@gmail.com

以下為本會檢核使用，請勿勾選。 ■經辦人：

修改工會系統 轉入證明 健保單一 繳費方式設為預設戶 重整季繳繳費單金額：_____