

台中市機踏車修理業職業工會 會員眷屬加(復)保、補中斷聲明書

會員證號	
會員姓名	
身分證字號	
生 日	/ /

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：

加保日期：_____年____月____日；
 復保日期：_____年____月____日；

◆轉入原因： 新生兒、 依附被保險人、 退伍、 畢業一年內、 滿 20 歲在學中、 其它_____

聲明人簽章：_____



聯絡電話 / 手機：_____

代辦人簽章：_____



聯絡電話 / 手機：_____

填表日期：_____年____月____日

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 手寫表 健保中斷表 滿 20 歲續保證明
 (學生證、退伍令、畢業證書、) 重整季繳繳費單金額：_____

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
④ E-mail：chi.tache.txg@gmail.com