

姓名		身分證字號		編號	
連絡電話		申辦日期	中華民國	年	月 日
異動項目	<input type="checkbox"/> 退會(生效日期：) <input type="checkbox"/> 取消ACH扣款(生效日期：) <input type="checkbox"/> 退勞保(生效日期：) <input type="checkbox"/> 退職災(生效日期：) <input type="checkbox"/> 退健保(生效日期：)				
	<input type="checkbox"/> 加團保(生效日期：) (<input type="checkbox"/> 全球) (<input type="checkbox"/> 華南) (<input type="checkbox"/> 第一)				
	<input type="checkbox"/> 退團保(生效日期：) (<input type="checkbox"/> 全球) (<input type="checkbox"/> 華南) (<input type="checkbox"/> 第一)				
	<input type="checkbox"/> 退休(生效日期：) 1. <input type="checkbox"/> 檢附本人存摺影本。 2. <input type="checkbox"/> 有債務問題，申請專戶。				
	<input type="checkbox"/> 其他，原因：				
	備註：				
注意事項	1. 會員本人之勞/健保辦理退保者依據法令規定，其所屬之健保投保眷屬需一併辦理轉出退保。 2. 退保日期依據勞保法令規定不可溯及既往。 3. 退保日期以工作日為準，工作時間內之當日退保。 4. 本會工作時間：週一至週五8:30~12:00AM 1:30~5:00PM (國定例假日除外)。 5. 如有雙重加保情事者，請等待勞保局雙重加保通知文函，並於勞保局限定時間內辦理。如未辦理者，視同同意雙重加保。 6. 如有欠費者請向本會繳清費用。未繳清費用者，本會除辦理退保外並依法令規定辦理欠費通報。 7. 參加工會團體保險，日後如未按期繳納團保費，若保證金已代墊完畢時，本人同意由工會代理向保險公司辦理團體險退保契約終止合約。				
同意新北市玩具業職業工會依據上述填寫之資料辦理本人相關事宜，並已詳閱注意事項無誤，特立此書為憑。					
此致 新北市玩具業職業工會					
連絡電話：02-29417428 傳真號碼：02-29482777 聯絡地址：235 新北市中和區捷運路8-15號9樓					
立書人：	<input type="text"/>				
代辦人：	<input type="text"/>	身分證字號：			關係：