

# 新北市美容美髮膚質諮詢檢測人員職業工會

<b>退保申請表</b>		填表日	年 月 日
會員編號		退保年月日	年 月 日
會員姓名		身分證字號	
退保對象及項目	1. 本人之 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保退保。 2. <input type="checkbox"/> 本人之眷屬健保退保。 1. 眷屬姓名：_____ ID：_____ 生日： / / 稱謂： 2. 眷屬姓名：_____ ID：_____ 生日： / / 稱謂： 3. 眷屬姓名：_____ ID：_____ 生日： / / 稱謂： 4. 眷屬姓名：_____ ID：_____ 生日： / / 稱謂：		
聯絡電話			
退保原因	<input type="checkbox"/> 轉業 <input type="checkbox"/> 勞退 <input type="checkbox"/> 已於具固定雇主之單位就業 單位名稱：_____		
補收費用	<input type="checkbox"/> 勞保費 元 <input type="checkbox"/> 健保費 元 <input type="checkbox"/> 眷屬健保費 元 <input type="checkbox"/> 經常費 元 計新台幣 元		
應退費用	<input type="checkbox"/> 勞保費 元 <input type="checkbox"/> 健保費 元 <input type="checkbox"/> 眷屬健保費 元 <input type="checkbox"/> 經常費 元 計新台幣 元		
退費方式	<input type="checkbox"/> 匯入會員之金融機構帳戶：金融機構名稱：_____銀行(庫局)_____分行(支庫局) ※務必附上銀行/郵局存摺封面 銀行代碼：□□□ 帳號：□□□□□□□□□□□□□□□□		
存摺封面影本	存摺封面黏貼處		
退保注意事項	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. 勞保退保日期依據法令規定不可溯及既往。 3. <b>費用退費採用匯款者請一併檢附金融機構或郵局之存摺封面影本其資料應可清晰辨識，帳戶姓名須與會員本人相符，帳戶影本資料需與上述填寫資料相符，以免無法入帳，因轉帳作業產生之所需之匯款手續費用將於退費給付金額中扣除。</b> 4. 退費匯款日期，當月辦理後次月25日統一匯款。 4. 本會工作時間：週一至週五(國定例假日除外)上午 9:00~12:00下午 13:30~17:00。 5. 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。		
本人同意新新北市美容美髮膚質諮詢檢測人員職業工會 依據上述本人所填之資料辦理退會退保事宜，本人並已詳閱退保注意事項無誤，特立此書為憑。			
此致		<b>新北市美容美髮膚質諮詢檢測人員職業工會</b>  會員： _____ (簽名蓋章)	

以下虛線以下免填

受理時間 / 人員	勞健保局連線作業	系統建檔確認	主管審核及退費