

台北市百貨行售貨職業工會
自願調高投保薪資申請書

會員號碼：_____ 姓名：_____

身分證碼：_____ 出生日：____年____月____日

聯絡電話：_____ 工會經辦人：

原投保薪資：_____ 調高上一級為：_____

(投保薪資逐級調高，若不知原投保薪資者，可不填，由工會填寫)

1. 本人自願調高勞健保投保薪資並向工會申請後，願於民國____年____月____日前繳納____月至____月保費，工會方可受理調高投保等級。〈入會須滿一年以上〉
 2. 調高薪資自民國____年____月____日起生效，調高後不得再要求調降。
 3. 會員本人於住院期間、重病治療期、欲申請殘廢給付前後期及領有重度殘障者，不得調高投保薪資，因無法受理，敬請會員注意。〈選擇逐年調薪者，須注意事項〉
 4. 領有殘障手冊及申請過殘廢給付者，若只能從事輕便工作者，勞健保局均有建檔，請先洽詢工會。
 5. 以上調高投保薪資核可於否，須依照勞、健保局核定生效為準。
 6. 調高投保薪資後，請務必於每年3、6、9、12月10日前準時繳費，否則下次如欲調高投保薪資，則要出具工作證明與薪資證明，本會才受理。
- 如欲選擇逐年調薪者，請打勾，本工會將每年主動幫會員調高投保薪資。(工會調薪為每年1、4、7、10月統一調薪)

簽名蓋章：

民國____年____月____日