

退保申請書

☐ 會員本人暨眷屬全部退保 (※請打✓)

申請日期： 年 月 日

姓名		身分證 字 號		出生年 月 日	年 月 日
----	--	------------	--	------------	-------

☐ 僅眷屬退保 (※請打✓)

會員姓名	眷屬 姓名		身分證 字 號		出生年 月 日	年 月 日
	眷屬 姓名		身分證 字 號		出生年 月 日	年 月 日
	眷屬 姓名		身分證 字 號		出生年 月 日	年 月 日
	眷屬 姓名		身分證 字 號		出生年 月 日	年 月 日

切 結 書

原在桃園市保險服務職業工會加入勞、健保，今向 貴工會申請勞保、健保退保，爾後有關勞保、健保任何權益糾紛，由被保險人負全部責任，特此聲明。

此 致

桃園市保險服務職業工會

立申請書人：

身分證字號：

連絡電話：

退保日期： 年 月 日

連絡地址：

◎附註：當欠費尚未繳清時，本會概不處理退保，並同意繼續繳納會員費、勞保費及健保費，至退保日為止。

若有溢繳保費請填下列銀行帳號，並附上存摺影本，以利核退保費。

☐ 親自/委託至工會領取現金 (請攜帶附有相片之證件)

☐ 匯入帳戶：金融機構名稱：_____銀行 (庫局)_____分行(支庫局)
帳號：_____

※ 銀行匯款需扣手續費 30 元 ※

會員編號：

桃園市保險服務職業工會
桃園市桃園區樹林四街 171 號
TEL：(03)3618806 FAX：(03)3642458