

保險
禮儀
足療
藝文

網路
芳療
家政
瑜珈

會員退會退保申請書 郵寄版

會員編號 (免填)	會員姓名	身分證號
通訊地址	手機：	

第一身分證件 身分證正面影本 (請註明：工會退保專用)	第一身分證件 身分證反面影本 (請註明：工會退保專用)
第二身分證件 健保卡正面影本	第三身分證件 駕照正面影本 (或護照、或戶口名簿)

※以上三證件缺一不可，以利辨識本人身分及確認退保意願。
 請用掛號郵寄至：高雄市三民區博愛一路 21 號，職業工會聯合辦事處收。

★退保日期以收到文件齊全之日為退保日，或指定延後至____年____月____日退保；
 若工會收到日期已逾指定日期，仍以收到日為退保日；但文件不齊無法退保。

★授權貴會於收到「重複加保公文」後，逕行追溯退保。授權人：_____

退費匯款銀行：_____ 分行別：_____，帳號：_____ (限本人)

登錄資料	檢附資料核對人	工會受理章	申請人簽名
	身分證領補換查詢日期/時間：		填表日：