

退 會 申 請 書

被保險人於 年 月 日向工會申請退會退保(退保生效日： 年 月 日)，退保申請須由被保險人提出，代理人須持被保險人證件、印章方可辦理，退休申請須本人親自至現場辦理，不得代辦！退保後如有發生勞保、健保、團保相關權益損失問題及糾紛時，均與工會無關，由被保險人負全部責任，特此聲明。

◎本會不受理電話辦理退保，請至各服務處現場辦理或將本申請書及身分證正反面傳真至總會，傳真電話：(03)3356160，傳真後請務必致電工會：(03)3371287做確認。

◎如需退費者，請同時檢附被保險人本人存摺封面，本會將於退保生效日後7個工作天內以匯款方式進行退費。

會員編號： \_\_\_\_\_  
 申請人： \_\_\_\_\_ (蓋章) 代理人： \_\_\_\_\_ (蓋章)  
 身分證號： \_\_\_\_\_ 關係： \_\_\_\_\_  
 聯絡電話： \_\_\_\_\_ 聯絡電話： \_\_\_\_\_

工會承辦人：

匯 款 同 意 書

- 一、本人因辦理 退會，退保 其他： \_\_\_\_\_，結清後尚有餘額可退，茲同意貴工會將退款匯入本人指定之金融機構存款帳戶，作為本人收受帳款之方式。
- 二、請檢附被保險人本人存摺封面影本(含帳號、戶名及分行名稱)，須自行負擔匯費\$30元，並自退費中扣除。
- 三、所有款項於匯入上述帳戶後，本人即承認已收受該筆款項，其後之風險及發生之問題，概由本人承受。

浮貼 存摺封面影本

立同意書人： \_\_\_\_\_ (蓋章)  
 身分證號： \_\_\_\_\_  
 聯絡電話： \_\_\_\_\_

中 華 民 國 年 月 日