

台北市保險代理職業工會 退會(保)申請書

會員編號		姓名		出生	民國	年	月	日	加保日期	/	/
身分證字號				行動電話					性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
退會(保)原因	退保： <input type="checkbox"/> 勞健保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 勞健團保 <input type="checkbox"/> 會籍			保留： <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保 <input type="checkbox"/> 會籍			<input type="checkbox"/> 轉業退會 <input type="checkbox"/> 退休(<input type="checkbox"/> 退休按月領得 <input type="checkbox"/> 退休一次領得) <input type="checkbox"/> 退會 <input type="checkbox"/> 死亡退會 <input type="checkbox"/> 其他_____				
退保團保	<input type="checkbox"/> 團保一 <input type="checkbox"/> 團保二 <input type="checkbox"/> 團保四			退保日期	年 月 日						
退款銀行帳號 (限會員帳戶)	銀行_____分行帳號_____								*中國信託、郵局不收手續費。 *其餘銀行採現金匯款手續費100元。		
本人因上述原因自願退出貴會，茲遵照貴會規章辦理退會手續，至於退會(保)後，所有損失一切權益，概由本人自行負責，與貴會無關。 此致 台北市保險代理職業工會 申請人：(簽章) 代辦人：(簽章) 中華民國 年 月 日											

經辦 秘書 總幹事 理事長

※申請書請回傳至:(02)2563-4392並電話確認 (02)2571-9188

※正本寄回:104 台北市中山區民生東路1段54號11樓