

新 北 市 保 險 搬 家 服 務 職 業 工 會 調 高 投 保 薪 資 申 請 書

會員編號：

出生年月日：

姓名：

身分證字號：

請勾選調薪月份：1 2 3 4 5 6
7 8 9 10 11 12

申請人：

(簽名 + 蓋章)

通訊地址：

電話：()

手機：

中 華 民 國 年 月 日

1. 填寫此申請書後，每年將會自動調高投保薪資。
2. 如果當年度不調整投保薪資，請務必在調薪月前來電告知。
3. 如果有住院，當月份無法調整投保薪資，如有住院請務必先來電告知。
4. 如果有欠費，恕無法調薪。