

職業工會勞工保險投保薪資調整委託授權書

(請會員詳閱下列說明再填寫資料)

說明	投保薪資調整資格	1. 授權人需為會員本人親自填寫，且在從事相關工作者。 2. 如不符合法令規定者，如住院、失能期間及有欠費情事發生者，本會將暫停其調整作業，俟其出院後能恢復工作能力及無欠費之實，請會員本人再至工會提出申請。 3. 凡調整薪資若勞保局需查核時，請會員提出本業相關薪資證明文件由本會轉交勞保局審核。
	投保薪資調整範圍與授權	1. 本工會依據勞工保險局規定辦理勞保薪資投保等級調整，一年調整一次，每次調整不得超過 15%。 2. 依據勞保局規定本授權書為會員親自填寫，每年請填寫一次，本會依據會員申請授權辦理，若不填寫授權書者，本會將不自動調整其投保薪資。 3. 本授權書將於會員投保薪資到期日前寄送表單，請會員填寫後寄回工會或者親自到會憑辦。
	欲辦理退休者	欲辦理退休之會員，請提早通知本會，將不予調整，若申請調薪後又同時申請勞保老年給付在勞保局提出異議時需請會員配合呈送相關薪資證明文件以利申請核發。

基本資料	會員姓名：_____會員編號：_____		
	身分證字號：_____出生日期：_____年_____月_____日		
	連絡電話：(公)_____ (私)_____ (手機)_____		
原有投保額	_____元	調整後投保額	_____元
申請生效月份(請勾選)	<input type="checkbox"/> 一月 <input type="checkbox"/> 四月 <input type="checkbox"/> 七月 <input type="checkbox"/> 十月。 <input type="checkbox"/> 其它 (需至少 1 個月前提出申請表，最後調整時間以會員送件及繳費月份為憑)		
本人_____目前身體健康，於_____年_____月_____日申請勞工保險投保薪資調整委託 貴工會代辦手續，經詳閱上述說明，本人同意授權 貴工會依行政作業，每年調整薪資一次，因勞工保險投保薪資調整作業致使全民健康保險費用及勞保費用增加，本人將無異議接受，並同意按時繳納以上費用，如有違反以上內容規定者或勞保局查核時需提示工作證明及每月工資等相關文件，授權人願無條件完全配合，若因此被取消被保險人資格或勞保給付額短少時，授權人將無異議並自願負其責任。 此致			
<input type="checkbox"/> 台北市室內設計 <input type="checkbox"/> 新北市室內設計 <input type="checkbox"/> 台北市道士法師 <input type="checkbox"/> 新北市道士法師 <input type="checkbox"/> 台北市星相卜卦堪輿業職業工會			
立授權書人：_____		蓋章：_____	
(簽名及手印視同生效)			
電話:(02)2556-1776 傳真 02)2556-7943 ※傳真後請來電確認,謝謝!!!			

❖黑框內及粗黑線部分請詳細填寫及簽名

授權書收件：_____年_____月_____日

核定生效月份	_____年_____月	申辦日	_____年_____月_____日	經辦	_____	覆核	_____	批示	_____
--------	--------------	-----	--------------------	----	-------	----	-------	----	-------