

台北市洗染業職業工會
會員薪資調整切結書

本人 會員證號： 身份證號：
申請自民國 年 月 日起將勞健保薪資 元，
調整為 元整。

並同意配合下列條件提出申請：

1. 本人了解此次申報調整投保薪資增幅15%，並明瞭系由勞保局核同意為正式生效之準則。
2. 本人同意配合勞健保局審核資格時，提供相關工作證明及薪資憑證接受審核、深知投保薪資不可「以多報少」，或「以少報多」之規定。
3. 本人同意經勞健保局查核後有不合調整薪資條件所產生之保險費、給付及理賠相關差額，由會員自行負責。(若核定為無法調薪本會將主動告知，並退回溢繳款項)
4. 本人經同意調整後，不可撤回。願遵守勞工保險一切法規之規定，如有違反規定，一切後果自行負責。特此切結。

立聲明書人： 『簽名並蓋章』
身份證字號：
出生年月日： 連絡電話：

** 特別事項：

- (一) 傷病期間、住院、服兵役、生育前，不得調整投保薪資。
- (二) 調薪申請送件為每月28日，申請人需於每月25日前，傳真或郵寄本切結書至工會。

※※電話申請調整：申請書加繳費收據請回傳至：
02-25362546並電話確認，完成調薪。

中華民國： 年 月 日