

新北市護理人員職業工會

調整薪資證明單

查會員編號:_____

會員本人:_____本工會投保/勞健保

勞健保投保薪資調整前_____ (由本工會填寫)

勞健保投保薪資調整後_____ (由本工會填寫)

身份證字號:

出生年月日:

故請工會

於 年 月 日(由本工會填寫)

※當月申請辦理調整投保薪資，次月一日生效。

特此證明

立據人: _____ 簽章: _____

聯絡電話或手機: _____

※填寫完畢後請立即回傳 Fax:(02)2281-6603

傳真後請來電(02)8285-5118 確認是否傳真成功

※注意事項

- 一、若勞保局需要相關之工作證明或收入證明，則由本人負責提供，若有不實願負全責。
- 二、申請調整投保薪資之當月份及次月份若有住院、出國、轉業或懷孕六個月以上之情形不可以

申請，若本人未主動向工會陳述所衍生的問題概與工會無關。

中華民國 年 月 日