說　明　書

本人　　現在確實從事營造業相關工作之無一定雇主勞工，故於民國　　年　　月　　日加保於高雄市營造業職業工會。

加保前從事工作：

加保後從事工作：

特此說明。

被保險人姓名：　　（簽名+蓋章）

身份證字號：

出生年月日：

聯絡電話：

地址：

中華民國　　年　　月　　日

（以上所述屬實，如有不實，願負法律責任）