附件2

四川省职工保险互助会

住院医疗互助保险参保申请书

单位社保编码：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保险人单位名称 |  | 经办人 |  |
| 电 话 |  |
| 被保险人单位地址及邮编 |  | 本单位在职职工人数 | 人 |
| 本单位参加社会基本医疗保险人数 | 人 | 申请参加住院医疗互助保险人 数 | 人 | 参加住院医疗互助保险与参加社保职工的比例 | % |
| 交费方式（1年） |  | 缴费标准 | 元/人 | 合计金额 | 元 |
| 被保险人单位工会意 见 | 投保单位工会意 见 | 总会审核意见 |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

附件3

四川省职工保险互助会

参加住院医疗互助保险计划名册

被保险人单位（盖章）： 共 页第 页

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 身 份 证 号 | 社 保 编 码 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

附件4

四川省职工保险互助会

住院医疗互助保险报销申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保险人单位 |   | 联系电话 |   |
| 被保险人姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 社保编码 |  |
| 计划书号 |  |
| 保险期限 | 自 年 月 日零时至 年 月 日二十四时止 |
| 免 责 期 | 自 年 月 日零时至 年 月 日二十四时止 |
| 入院时间 |  | 出院时间 |  |
| 诊治医院 |  | 本年度报销次数 | 第 次 |
| 患 病名 称 |  |
| 被保险人单位工会意 见 | 年 月 日 | 投保单位工 会意 见 | 年 月 日 |
| 被保险人申请报销提供资料1、被保险人身份证复印件2、住院医疗互助保险计划书复印件3、社保统筹支付结算清单复印件4、入院证复印件5、出院证复印件6、其他资料申请时间： 年 月 日 |