四川省职工保障互助会

职工住院医疗互助金申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保障人单位 | 四川文理学院 | | 被保障人 手机号码 |  |
| 被保障人姓名 |  | | 身份证号码 |  |
| 保障期限 | 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 |  | | | |
| 患病名称 |  | | | |
| 承诺书 | 我单位郑重承诺：上述内容真实无误。被保障人申请领取互助金 所持的纸质资料与系统中上传的资料一致，且真实可靠、无虚假 。如系统上传的资料与所持的纸质资料中所列事项有虚假或者隐 瞒等不真实、不一致情况，我单位承担相关的法律责任。四川省 职工保障互助会将保留继续追究责任的权利。 | | | |
| 被保障人  单位工会  意见 | （加盖公章） 年 月 日 | 被保障人  单位工会的 上级工会意见 （如上级工会 没有统管，此  项可以不盖 章） | | （加盖公章） 年 月 日 |
| 被保障人申请互助金所需资料  1、《四川省职工保障互助会职工住院医疗互助金申请表》（填写完整，盖公章）  2、被保障人身份证  3、社保统筹支付结算单或医疗保险结算单  4、出院证或出院病情证明  5、住院费用结算票据  6、被保障人银行卡  7、其他证明材料  备注：系统上传资料必须上传原件，盖章处必须盖鲜章。  申请时间： 年 月 日 | | | | |