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 |  | 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 |  |
| 承若书 | 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：系统上次资料必须上传原件，盖章处必须盖鲜章申请时间： 年 月 日 |