

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			