

# 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			

# 四川省职工保障互助会

## 女职工大病互助金申请表

被保障人单位			被保障人身份证号	
被保障人	姓名		加入本计划时间	
			参加本计划份数	
	患病时间		被保障人手机号码	
			诊治医院及医院等级	
申请人	姓名		与被保障人关系	
	单位		申请人手机号码	
患病结果：			被保障人单位工会意见	
			(加盖公章)	
			年 月 日	
			申请人 签字盖章	
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。			
被保障人申请互助金所需资料				
1. 《四川省职工保障互助会女职工大病互助金申请表》(填写完整，加盖公章)；				
2. 被保障人身份证；				
3. 医院病历(包含病理检验报告、手术记录、出入院记录)；				
4. 被保障人的银行卡；				
5. 四川省职工保障互助会所需要提供的其他材料。				
备注：系统上传资料必须上传原件，单位盖章处必须盖鲜章。				
告知	被保障人在申领女职工大病互助金后，相对应的《四川省职工保障互助会女职工大病互助保障计划凭证》自动作废，不再作为申领女职工大病互助金的依据。			