深圳市职工保障互助会保障计划互助金申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | 计划名称 | 深圳市在职职工重大疾病互助保障计划 |
| 计划书编号 | |  | | | | 保费(元) |  |
| 经办人 | |  | 联系电话 |  | | 手机号码 |  |
| 被 保 障 人 信 息 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 身份证号 |  | |
| 治疗医院 |  | | | 治疗时间 | 至 | |
| 开户行名称 |  | | | | 户 名 |  |
| 银行账号 |  | | | | 手机号码 |  |
| 情况说明： | | | | | 单 位 证 明 | | |
|
| 经办人签名： （单位盖章） | | |
| 申请人签名： | | |
| 申请日期： | | |
| 新型冠状病毒肺炎申请互助金应提供材料 | | | | | | | |
| 1.被保障人身份证复印件（须在复印件上重抄一遍身份证号码）；2.被保障人本人（或受益人、继承人）银行卡或存折复印件（须在复印件上重抄一遍银行账号）；3.住院病案首页、入院记录、出院记录、病理报告、CT报告（须加盖信息科或病案室红色印章）；4.同意职工保障互助会前往其所治疗医院查阅病案的委托书；5.核酸检测阳性报告。 | | | | | | | |
| \*申领地址：罗湖区新园路5号工人文化宫职工服务中心一楼6号、7号窗口（地铁老街站G出口）\*工作邮箱：shzh@szzgh.org \*收件人：深圳市职工保障互助会\*咨询电话：83288836 | | | | | | | |