洛阳市职工互助保障金领取申请表

依据洛阳市总工会《洛阳市职工重大疾病互助保障实施细则》和《洛阳市职工医疗互助保障实施细则》，现申请领取职工互助保障金，转入以下指定账户。申请内容如下：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 互助保障投保人 | 姓 名 |  | 工作单位 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号码 |  |
| 确诊日期 |  | 确诊医院 |  |
| 申领项目病种名称 | 重大疾病：医疗互助：备注： |
| 收款人信息 | 户 名 |  | 开户行 |  |
| 银行账号 |  |
| 申请人郑重声明：上述各项告知属实，如有不实之处，愿承担相应责任；并授权 向知悉被保险人健康、医疗状况的医疗机构调阅、复印被保险人的所有医疗资料。 申请人签名： 日期：  |
| 基层工会意见：（盖章） |  | 确认人 |  | 确认时间 |  |
| 第三方机构复核意见： |  | 复核人 |  | 复核时间 |  |
|  洛阳市总工会/县区总工会审批意见：  审批人（签章）： 日期： |