**焦作市职工医疗互助保障金申请表**

所属区或产业工会：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在单位全称 |  | 单位联系人 |  | 联系电话 |  |
| 被保障人姓名 |  | 性别 |  | 被保障人电话 |  |
| 被保障人身份号码 |  | 被保障人住址 |  |
| 工会会员卡/银行卡卡号 |  | 开户行 |  |
| 申请原因 |   |
| 委托书 | 我自愿委托\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_工会\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同志为我申请职工医疗互助保障金。 委托人（被保障人）（签章）  年 月 日 |
| 基层工会意见 | （签章） 年 月 日 |
| 经审核，该被保障人提供的资料符合申请条件，可享受职工医疗互助保障金　　元，报请领导审批。 经办人： 年 月 日 | 市职工医疗互助保障管理委员会办公室意见： （签章） 年 月 日 |