**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 | | | | | |