**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 |  | 被保障人电话 |  |
| 被保障人身份号码 |  | 被保障人住址 |  |
| 工会会员卡号 |  | 开 户 行 |  |
| 申请原因 |   |
| 被保障人承诺 | 本次申请材料属实，如有不实之处，愿承担相应责任。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保障人签字： 日期： |
| 基层工会意见 | （签章） 年 月 日 |
| 本年度第 　 次申请职工医疗互助保障金。经审核，本次该被保障人提供的材料符合申请条件，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 |