此处盖工会章

广西职工医疗互助保障活动身故补助申请表

审批编号：**BZ** 受理申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | 性别 | |  | | 身份证号码 | | | |  | | | |
| 社会保障卡号 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 代办人姓名 | | |  | | | 性别 | |  | 身份证号码 | | | |  | | | |
| 与参保会员  关系 | | |  | | | | | | 联系电话 | | | |  | | | |
| 开户行 | |  | | | | | | | | | | | 银行户名 |  | | |
| 银行账号 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **以上内容由代办人填写** | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| 保障期限 |  | | | | | | | | | 身故时间 | |  | | | 附单据凭证张数 |  |  | 出院时间 |  |
| **补助金审批区** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 补助金额 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 经办人（签字）： | | | | | | | | | | | 复核人（签字）： | | | | | |
| 经办机构负责人（签字）： | | | | | | | | | | | 审批人（签字）：  年 月 日 | | | | | |

互助保障活动经办机构（盖章）

**申请说明：**

参保会员申请住院医疗补助、身故补助，可由单位工会代参保会员或受益人到参保所在互助保障经办机构办理补助申请手续。

单位经办人有指导参保会员或受益人收集申请材料的义务。

**身故申请时效：自身故之日，五年内申请。**

**材料要求：**

1. **广西职工医疗互助保障活动身故补助申请表一份**
2. **参保会员、身故补助受益人身份证及关系证明**(户口本、结婚证、公证书等)**复印件各一份**
3. **参保会员医学死亡证明、户口注销单、火化证或土葬证明复印件各一份**(①.医学死亡证明：当地社保机构认可的县级（二级）及以上公立医院（不包括康复医院、疗养院、联合病房等类似医疗机构）或公安部门出具的。②.公安部门出具的户口注销证明。③相关部门出具的火化或土葬证明。材料搭配：①加③或者②加③)
4. **补助金领取均为银行转账，需提供参保会员指定受益人个人账户信息一份**（银行卡复印件并标明完整账户信息。）无指定受益人，存在多位法定继承人的出具说明，经继承人共同协商后出具委托书指定其中一人办理相关事项,样本附后。
5. **如还需提供其他证明材料，现场审核当面告知，补齐材料后再递交申请。**
6. **请按以上材料顺序叠放。**

## 现有继承人身份情况说明及承诺

参保会员： ，性别： ，身份证号码： ，社保卡号码： ，身份证住址： ，参保单位： ，

继承人： ，性别： ，身份证号码： ，身份证住址： ，联系方式： 。与参保会员为 关系。

继承人： ，性别： ，身份证号码： ，身份证住址： ，联系方式： 。与参保会员为 关系。

继承人： ，性别： ，身份证号码： ，身份证住址： ，联系方式： 。与参保会员为 关系。

继承人： ，性别： ，身份证号码： ，身份证住址： ，联系方式： 。与参保会员为 关系。

继承人： ，性别： ，身份证号码： ，身份证住址： ，联系方式： 。与参保会员为 关系。

参保会员 于 年 月 日—— 年 月 日参加广西职工医疗互助保障活动，于 年 月 日死亡，以上继承人共同说明及承诺为参保会员 的全部合法继承人，享有真实、合法继承权，不存在任何欺骗或隐瞒行为。因领取参保会员 身故补助事宜所造成的任何纠纷，包括但不限于上述继承人内部或与其他继承人之间的纠纷，由以上继承人自行处理，与广西职工医疗互助保障活动南宁办事处无关。

特此说明和承诺。

全体继承人签名、按手印：

年 月 日

## 办理身故补助申请事宜委托书

委托人： ，性别： ，身份证号码： ，身份证住址： ，系参保人员 的 。

委托人： ，性别： ，身份证号码： ，身份证住址： ，系参保人员 的 。

委托人： ，性别： ，身份证号码： ，身份证住址： ，系参保人员 的 。

参保会员 于 年 月 日—— 年 月 日参加广西职工医疗互助保障活动，于 年 月 日死亡。委托人系参保会员 的全部合法继承人，经以上委托人自愿共同协商后，特委托受托人： ，办理参保会员 在广西职工医疗互助保障活动身故补助的相关申请及领取事宜，并一致同意将身故补助金转入以下账户：

户名：

银行账号：

开户银行名称：

委托人确认以上所有信息真实无误，系全体委托人真实意思表示。如因上述委托人之间，或者与参保会员其他合法继承人之间产生任何纠纷，由上述委托人自行处理，与广西职工医疗互助保障活动南宁办事处无关。如造成广西职工医疗互助保障活动南宁办事处经济或名誉损失的，由上述委托人承担。

特此委托。

委托人（按印）：

年 月 日