此处盖工会章

广西职工医疗互助保障活动住院补助申请表

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 | |  | | | | 联系电话 | | | |  | | | | |
| 开户行 | |  | | | | | | | | 银行户名 |  | | | |
| 银行账号 | |  | | | | | | | | | | | | |
| **以上内容由申请人填写** | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| 保障期限 | 2019.11.1-2020.10.31 | | | | | | 入院时间 | |  | | | | 出院时间 |  |  | 出院时间 |  |
| 附单据凭证  张数 |  | | | | | | 第 次申请补助 | | | | | | | |
| **补助金审批区** | | | | | | | | | | | | | | |
| 住院总费用 | | | 补助基数 | | | | | 补助比例 | | | | 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。

**住院补助申请时效：自办理出院手续之日起至次年第一季度。**

**材料要求：**

1. **广西职工医疗互助保障活动住院补助申请表一份**
2. **住院发票、医疗保险住院结算单、费用清单复印件各一份**（办理补助时，如原件有其他用途，请说明情况并携带原件作验证，当场核验无误后退回原件；如经单位或代办点提交，经办人需在材料上注明“此复印件与原件相符，原件退回本人”，“ 经办人XXX”； 住院发票、医疗保险住院结算单、费用清单三方数据无异议的可不提交费用清单。）
3. **参保会员身份证复印件一份**
4. **疾病证明书、出院记录各一份**（办理补助时，如原件有其他用途，请说明情况并携带原件作验证，当场核验无误后退回原件；如经单位或代办点提交，经办人需在材料上注明“此复印件与原件相符，原件退回本人”，“ 经办人XXX”；）
5. **补助金领取均为银行转账，需提供参保会员本人账户信息一份**（银行卡复印件并标明完整账户信息。）
6. **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。**
7. **请按以上材料顺序叠放。**