

附件 2

中国职工保险互助会湖北省办事处 救助慰问金申请书

单位名称			
会员姓名		会员身份证 号码	
参加的互助保障 活动		保障期限	年 月 日至 年 月 日
领款人姓名		领款人 手机号码	
领款人开户银行 名称		领款人 银行卡号	
疾病/意外伤害 情况描述			
申请事项	☐ 救助非身故 ☐ 救助身故 ☐ 慰问非身故 ☐ 慰问身故		
申请理由			
单位（工会）意见	审核意见： 单位（工会）盖章 年 月 日		

申请救助慰问金所需提供资料

1. 《救助慰问金申请书》（表格内容须正确填写）☐
2. 会员本人身份证正反面、银行卡卡号面复印件☐
3. 由二级及以上医疗机构出具的住院病案首页、出院记录（需加盖医院病案室专用章）、诊断证明、手术记录等☐
4. 住院收费票据（加盖医院收费专用章）、医疗保障费用结算单（加盖医保结算专用章）☐
5. 单位住院医疗费报销证明（公费医疗）或从基本医疗保险以外的其他途径取得费用补偿或赔偿证明资料☐
6. 若会员已身故的，须提供会员死亡证明，直系亲属关系证明材料、身份证复印件及银行卡复印件；若会员完全丧失劳动能力的，须提供丧失劳动能力的证明☐
7. 其它必要证明资料☐

注：1. 上述纸质资料，若非原件，须单位审核后加盖公章确认与原件一致，提交后不予返还。

2. 符合救助慰问条件的会员互助保障活动到期后一年内向办事处申请领取救助金、慰问金，逾期办事处将不再受理。