洛阳市职工互助保障金领取申请表

中国人民财产保险股份有限公司洛阳市分公司：

依据洛阳市总工会的《洛阳市职工重大疾病互助保障实施细则》、《洛阳市职工医疗互助保障实施细则》、《洛阳市职工互助保障实施细则补充》及与人保财险的协议和补充协议，现按相关保险责任申请救互助保障金，请贵公司将保障金转入以下指定账户。申请内容如下：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人** | **姓名** |  | **工作单位** |  |
| **联系电话** |  | **证件号码** |  |
| **申请事项** | （本处填写内容包括申请救助的事项，如因确诊重疾、住院自费医疗费用巨大、重疾二次救助、伤残救助、住院医疗保障、门诊重特大疾病保障的费用申领等） |
| **收款人****信息** | **户名** |  | **开户行** |  |
| **银行账号** |  |
| 申请人郑重声明：上述各项告知属实，如有不实之处，愿承担相应责任；并授权中国人民财产保险股份有限公司洛阳市分公司向知悉被保险人健康、医疗状况的医疗机构调阅、复印本保单被保险人的所有医疗资料。本人已知晓在医保定点医疗机构住院治疗，发生的纳入基本医疗保险统筹支付范围内的医疗费用，经职工基本医疗保险、大额医疗费用补充保险以及第三方商业医疗保险结算后的剩余合规自付部分，在工会职工互助保障项目参保的所有项目下，单次住院医疗费用按照结算后剩余合规自付部分最高95%比例进行补助，每人年度累计最高给付限额10万元。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 除医保外是否已在第三方报销 | 是□ | 请另外提供第三方报销的结算凭证。 |
| 否□ | 本人承诺在向人保财险申请理赔前未向第三方商业医疗保险进行理赔。 |

  申请人签名： 日期： |
| 经核实申请人所述情况符合救助范围，同意其所申请 救助事项（重疾、二次救助、住院自费医疗费用巨大、伤残救助、医疗互助），请贵公司予以授理。涉及住院治疗费用部分，按照结算后剩余合规自付部分最高95%比例进行补助。 |
| **单位工会意见：****（盖章）** |  | **确认人：****（签字）** |  | **确认时间：** |  |
| **市总工会/县区总工会意见：****（盖章）** |  | **审核人：****（签字）** |  | **审核时间：** |  |