附件3

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D:天津市总工会在职职工重大疾病及住院互助保障** | | | | | | | |
| **给付申请审批表（2021年版）** | | | | | | | |
| 参保单位工会名称 | | 天津工业大学工会 | | 参保编码 | | 066045 | |
| 工会法人统一社会 信用代码 | | 81120111780309091U | |
| 参保单位工会联系人 | | 张欣 | | 联系电话 | | 8395.5019 | |
|
| 被保障人姓名 | |  | | 身份证号码 | |  | |
|
| 10位会员卡号 | |  | | 18位银行卡号 | |  | |
| 工会会员服务卡  激活情况 | | 口已激活 口未激活 | | 被保障人联系电话 （获取短信通知使用） | |  | |
| 申 报 项 目 | 给付原因 | 被保障人于     年     月，首次确诊患  疾病，或首次接受      手术。（是否住院治疗：口是 口否） | | | | | |
| 保障责任 疾病范围 | 口 1.恶性肿瘤 口 2.急性心肌梗塞  口 3.慢性肾衰竭（尿毒症） 口 4.白血病  口 5.良性脑肿瘤  口 6.严重Ⅲ度烧伤、烫伤  口 7.重要器官移植 口 8.冠状动脉搭桥术 | | | 口 9.心脏瓣膜手术 口 10.主动脉手术 口 11.急性或亚急性重症肝炎 口 12.脑中风后遗症 口 13.重症肌无力 口 14.严重阿尔茨海默病  口 15.严重运动神经元病 口 16.重型再生障碍性贫血 | | |
| **被保障人在参保时系在职职工，上述信息和相关申报材料已经过参保单位核实，符合申报天津市总工会在职职工重大疾病及住院互助保障条件。** | | | | | | | |
| **参保单位工会（盖章）：** | | | | | | | |
| **\*注：此表为财务记账原始凭证，不得涂改。** | | | |  | 报送日期：     年     月     日 | | |
| **以下由职工服务中心互助保险部填写：** | | | |  |  |  |  |
| 保障金给付总额 | | 大写： 万 仟 佰 拾 元 小写： | | | | | |
| 其中:1.互助保障金 | | （小写） 元/份× 份= 元 | | | | 领导审批： | |
| 2.生活补助互助金 | | （小写） 天×100元/天/份× 份= 元 | | | |
| 3.减责期慰问金 | | （小写）1000元/份× 份= 元 | | | |
| 审核员： | 复核员 | ： | 财务： | 盖章： |  |
|  | | | |  | 给付日期： 年 月 日 | | |