附表一：

中国职工保险互助会河南省办事处

互助金给付申请书

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 确认书号码 | |  | | | | | |
| 会  员 | 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 | |  |
| 住院/意外时间 |  | | | 住院/意外  地点 | |  |
| 申  请  人 | 姓 名 |  | | | 与会员关系 | |  |
| 单 位 |  | | | 住址及电话 | |  |
| 附：保障活动确认书、会员身份证、工会会员卡/银行卡、医院诊断证明等复印件 | | | | | | | |
| 住院（意外）原因、经过、结果： | | | | | | 会员所在单位  （签章） | |
| 申请人  （签字） | |
| 申请给付互助金时间： | | | | | | | |

附表二：

**申 领 情 况 说 明**

中国职工保险互助会河南省办事处：

我是 （单位名称及姓名），

年 月 日因 （疾病或意外事故）被 医院诊断为： （医疗诊断证明表述）。

单位盖章

申请会员：签名

年 月 日

附表三：

