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：

