**张家口市职工医疗互助金申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 |  | 申请 类别 | 补助（本人） □救助（去世、孩子） □ |
| 申请人姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 电话 |  | 身份 证号 |  |
| 受助人 姓 名 |  | 关系 |  | 年龄 |  | 电话 |  | 身份 证号 |  |
| 诊断结果 |  | 申请次数 | 第 期 |
| 治疗时间 |  | 第 次 |
| 医疗费用总 额 | 小写 |  | 参保类型 | 城镇职工医保 □ |
| 大写 |  | 城乡居民医保 □ |
| 经办人 姓 名 |  | 经办人 电 话 |  | 所属工会 （县区、产业、直属） |  |
| 工会负责人签字：单位工会盖章： 年 月 日  |

申请补助（救助）时，由所在单位工会负责办理，通过软件上传，申请人提供以下资料：

1、《张家口市职工医疗互助金申请表》（所在单位工会填写盖章）；

2、医院和医保部门出具的医疗（医保）费用结算单原件;

3、门诊慢特病治疗，提供认定证明；

4、职工本人治疗病案首页；

5、职工本人身份证；

6、职工本人银行卡（工会会员卡）；

7、医保类别是《城乡居民医保》的，须提供与用工单位签订的劳动时间一年以上劳动合同或相关工作依据原件；

8、其它证明资料。