住院医疗互助保障项目理赔申请审核表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人姓名 |  |
| 手机号码 |  |
| 身份证号码 |  |
| 银行卡号  **（必须为本人储蓄卡）** |  |
| 申请人所在单位 |  |
| 本次报销住院次数 |  |
| 所在单位工会意见（盖章） | 经办人：  年 月 日 |
| 各区市职工服务中心审核意见（盖章） | 经办人：  年 月 日 |

说明：此表一式两份，其中市职工服务中心留存一份，各区市职

工服务中心留存一份。所在单位名称及盖章需与参保时团体申请

表名称一致。