附件1

洛阳市职工互助保障参保人员明细表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 是否有城镇职工医保 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 上述所填写的内容均属实。全国、省、市劳动模范，五一劳动奖章获得者，河洛工匠、河洛大工匠以上荣誉获得者，符合洛阳市青年人才标准的工会会员请在备注栏注明身份。参保单位工会（盖章）： 洛阳市总工会/县区总工会审批 参保单位联系人： （盖章）： 联系电话：  年 月 日 年 月 日  |

附件2

洛阳市职工互助保障缴费通知书

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参保单位缴款信息 | 参保单位 |  |
| 缴费标准 | 重疾互助20元/人 | 享受个人免缴条件的10元/人 | 小 计 |
| 应缴金额 |  |  |  |
| 缴费标准 | 医疗互助40元/人 | 享受个人免缴条件的20元/人 | 小 计 |
| 应缴金额 |  |  |  |
| 总工会缴款信息 | 补贴标准 | 重疾互助10元/人 | 享受个人免缴条件的20元/人 | 小 计 |
| 应缴金额 |  |  |  |
| 补贴标准 | 医疗互助20元/人 | 享受个人免缴条件的40元/人 | 小 计 |
| 应缴金额 |  |  |  |
| 共计 | 缴费标准 | 90元/人 |
| 金额（大写） |  | 金额（小写） |  |
| 缴费日期 | 请于 年 月 日前按下述账户信息缴费。 |
| 缴费账户 | 账户名称 | 洛阳市总工会职工互助保障项目资金户 |
| 账号 | 94100401008707889200019 |
| 开户行 | 邮储银行洛龙支行 |
|  制单人： 制单单位（印章）： |

注意：转账时备注单位名称+参保项目（重大疾病/医疗互助）

附件3

洛阳市职工互助保障金领取申请表

中国人民财产保险股份有限公司洛阳市分公司：

依据洛阳市总工会的《洛阳市职工重大疾病互助保障实施细则》、《洛阳市职工医疗互助保障实施细则》、《洛阳市职工互助保障实施细则补充》及与人保财险的协议和补充协议，现按相关保险责任申请救互助保障金，请贵公司将保障金转入以下指定账户。申请内容如下：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人** | **姓名** |  | **工作单位** |  |
| **联系电话** |  | **证件号码** |  |
| **申请事项** | （本处填写内容包括申请救助的事项，如因确诊重疾、医疗住院、重疾二次治疗、意外、住院医疗保障、门诊重特大疾病保障的费用申领等） |
| **收款人****信息** | **户名** |  | **开户行** |  |
| **银行账号** |  |
| **申请人郑重声明：**上述各项告知属实，如有不实之处，愿承担相应责任；并授权中国人民财产保险股份有限公司洛阳市分公司向知悉被保险人健康、医疗状况的医疗机构调阅、复印本保单被保险人的所有医疗资料。 申请人签名： 日期： |
| 经核实申请人所述情况符合救助范围，同意其所申请 救助事项，请贵公司予以授理，救助金额：￥ 元，大写： 。**（申请医疗互助可不填写此项）** |
| **单位工会意见：****（盖章）** |  | **确认人：****（签字）** |  | **确认时间：** |  |
| **市总工会/县区总工会意见：****（盖章）** |  | **审核人：****（签字）** |  | **审核时间：** |  |

附件4

洛阳市职工互助保障个人申请表

 工会：

本人已详细了解《洛阳市职工重大疾病互助保障实施细则》及相关补充、《洛阳市职工医疗互助保障实施细则》，并对其中条款已充分理解并接受上述内容，同意自愿参加“洛阳市职工重大疾病互助保障”项目，缴纳一年期保费30元（大写：叁拾元整）。

根据《洛阳市职工重大疾病互助保障实施细则》、《洛阳市职工互助保障实施细则补充》中的规定，本人□享受 □不享受互助金个人缴纳部分由市、县（市、区）总工会补贴。

投保人签名：

 年 月 日