**徐州职工保险互助互济会**

**《在职职工住院医疗互助保障计划》理赔申请书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职 工  姓 名 |  | | 性 别 |  | 年 龄 |  | 身份证  号 码 |  |
| 单 位  名 称 |  | | | | | | 联 系  电 话 |  |
| 医 院  名 称 |  | | | 住 院  时 间 |  | 原 因 |  | |
| 住院经过：（非必填项） | | | | | | | | |
| 受  益  人 | 姓 名 |  | | | 身份证  号 码 |  | | |
| 联 系  电 话 |  | | | 联 系  地 址 |  | | |
| **理赔申请所需材料：（请依序排放理赔材料）**   1. 医疗费收据原件（住院发票） 2. 医疗费用项目分类表（盖章原件） 3. 出院记录（盖章原件） 4. 入院记录（盖章原件） 5. 职工身份证复印件 6. 本人银行卡复印件（仅限中国、农业、工商、建设、交通银行储蓄卡）   申请人签字：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 投保单位（签章）：  年 月 日 | | | | | 徐州职工保险互助互济会（签章）  年 月 日 | | | |

咨询电话：8080-5576、8080-5575

微信公众号：徐州职工保险互助互济会