滨海新区大病救助资金申报材料

1、滨海新区工会在职职工会员大病救助申报表（见附件4-1）

2、工会会员在职证明（见附件4-2）

3、承诺书（见附件4-3）

4、申报职工身份证复印件

5、申报职工银行卡复印件(手写开户行名称、户名)

6、票据分类汇总表（见附件4-4）

7、已故受让申请书（见附件4-5）

8、滨海新区在职职工会员大病救助汇总申请表。（以各开发区、街镇、系统和直属单位工会名义汇总申报）（见附件4-6）

9、职工医药费单据原件（审核后不再退还）

附件4-1

滨海新区在职职工会员大病救助申报表

上一年度是否申报过大病救助：是 （填写上一年度申请时间段） 否

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基层工会名称 | |  | | | | | |
| 职工  基本情况 | 姓 名 |  | | 性别 |  | 年 龄 |  |
| 工作单位 |  | | | 联系方式 |  | |
| 身份证号 |  | | | 开户行名称银行卡号 |  | |
| 患病概况  （在相应病种上打√） | 1.恶性肿瘤 2.急性心肌梗死 3.脑卒中 4.重要器官移植 5.冠状动脉搭桥或支架植入术 6.终末期肾病（尿毒症） 7.意外伤害 8.肝病 9.脑肿瘤 10. 肺病 11.白血病 12.其他疾病 | | | | | |
| 个人支付医药费总额（万元） |  | 单位二次报销等金额（万元） | |  | 实际个人支付医药费总额（万元） |  |
| 本次申报时间段（年、月、至 年、月） | |  | | | | 救助金额  （万元） |  |
| 已故受让人（指定直系亲属） | |  | | | 电话 |  | |
| 审核情况 | 所属层级 | 审核人 | 职 务 | | 联系电话 | 签 字 | 备注 |
| 基层工会 |  |  | |  |  |  |
| 上级工会 |  |  | |  |  |  |
| 落实情况 | 拨款或领取时间 | 拨款人或领取人（签字） | | | 身份证号 | | 联系方式 |
|  |  | | |  | |  |
| 基层工会意见  （盖 章）  工会主席签字：  年 月 日 | | | | | 开发区、街镇、系统和直属单位工会意见  （盖 章）  审核人签字：  年 月 日 | | |

**备注：实际个人支付医药费总额（万元）=个人支付医药费总额（万元）-单位二次报销等金额（万元）。本次申报时间段：职工自选连续的12个月为一个报销年度。**

附件4-1常见问题说明

1、*上年度是否申报及申报时间段*必须填写。

2、*单位二次报销金额* 是职工单位为职工投保的商业保险所报销的金额。

3、*表格中金额单位为万元*

4、*申报时间段*必须是*连续的十二个月*。例如2020年3月-2021年2月，*切记是12个月。*2020年3月-2021年3月是13个月，超出申报周期范围。

5、未身故职工请勿填写*已故受让人及电话*选项。

6、*落实情况栏*仅填写领取人、身份证号、联系方式

7、盖章左栏为申报*职工所在单位工会*章

盖章右栏为*开发区、街镇、系统和直属单位工会*章

8、申报日期*必须*填写。

附件4-2

工会会员在职证明

兹证明，（姓名），（性别），（年龄），身份证号码XXXXXX，是我工会的在职会员，目前在我单位部门（岗位）工作（如已退休，注明退休时间）。

特此证明。

经办人签字：

基层工会（盖章）：

年 月 日

新就业形态劳动者工会会员在职证明

（示范文本）

兹证明XXX，男（或女），XX岁，身份证号码XXXXXXXXXXXXXXXXXX，是在职工会会员。于XXXX年XX月XX日加入XXXXXXXXXX（基层工会），会籍关系隶属于该工会。属于 网约车平台就业 （就业形态），目前从事网约车司机职业。

特此证明。

工会（盖章）： 经办人签字：

年 月 日

附件4-3

承 诺 书

申请大病救助资金职工承诺：

本次申请办理大病救助资金所提供的材料和信息真实、符合相关规定。如有不实之处，愿负相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果。

申请人（或代办人）签字：

年 月 日

附件4-4

票据分类汇总表

1、便于计算模板见excel表格。

2、填表要求，严格按照表中注意事项填写。

附件4-5

**已故受让申请书**

滨海新区总工会：

A （身份证号：）系 单位在职工会会员，因病于年月日病亡；

1、（姓名） （关系） ；2、（姓名） （关系） ；

3、（姓名） （关系） ；4、（姓名） （关系）

5、（姓名） （关系） 系A 第一顺位法定继承人。因A 符合《天津市总工会关于设立在职工会会员大病救助资金的实施办法》、《滨海新区在职工会会员大病救助资金实施办法》等政策规定的医疗救助条件，现针对A医疗救助资金的发放事宜，提出如下申请：

一、作为A 第一顺位法定继承人，共同议定由

（姓名） （关系） （第一顺位法定继承人之一）作为该笔救助资金的领取人，并打入如下指定账户：

账户名：

开户行：

账 号：

1. 职工家属承诺，新区总工会将该笔救助资金打入指

定账户后，日后继承人之间如何使用、分配该笔救助资金或因该笔救助资金产生的纷争，后果自负。

申请人：

日期：

**\*需已故大病救助申请人在世的父、母、配偶、子、女，所有人都手签字并按手印。**

附件4-6

滨海新区在职职工会员大病救助汇总申请表

开发区、街镇、系统和直属单位工会：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系方式 | 患病概况 | 个人支付医药费总额 | 需减除单位二次报销金额 | 实际个人支付医药费总额 | 救助  金额 | 开户行及银行卡号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合 计（万元）** | | | | | |  |  |  |  |  |

滨海新区总工会权益保障部：

按照《滨海新区在职工会会员大病救助资金实施办法（试行）》，我单位以上会员符合大病救助条件，共计人，现向滨海新区总工会申请拨付大病救助资金万元。

分管主席： （签字）经办人： （签字）联系方式：

年 月 日