附件三：

**武汉市职工住院医疗互助给付申请书**

代理单位名称：武汉国有资产经营公司工会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加单位名称 | 中百控股集团股份有限公司工会委员会 | | | | 参加单位编号 | | WHDW90003775 | | 一式二份（互助办、办事处各留存一份） |
| 联系人 | 黄莹 | | | | 联系电话 | | 82841891 | |
| 参加人姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | 医保卡号 |  |
| 参加人编号 | WH | | | | 身份证号码 | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 住院医院 |  | | | | | | 住院编号 |  |
| 入院时间 | 2017 年 月 日 | | | 出院时间 | | | 2017年 月 日 | |
| 疾病名称 |  | | | | | | 附单据数 |  |
| 互助有效期 | 自 2017年 1月1日零时起至2017年 12月31日二十四时止 | | | | | | | |
| 参加单位  审查意见  (盖章) | 经办人：  年　月　日 | | | | | | | |

**申请给付时请提供以下材料**:

1、《武汉市职工住院医疗互助给付申请书》；2、参加人身份证原件和复印件、医保卡原件和复印件；如参加人已经身故，还须提供由公安部门出具的户籍注销证明复印件、指定受益人或法定受益人的证明材料及身份证原件和复印件；3、医保定点医院或本地医保部门出具的住院医疗收费收据（发票）、医疗费用结算清单等有效票据的原件；4、经医院盖章的出院小结复印件；5、市职工医疗互助办公室认为必须提供的其他相关材料；6、务必在出院后90天以内向互助办提交上述材料。

**注：1、该表格红色部分为固定格式，请不要修改。2、“参加人编号”在“WH”后面填写医保卡号即可。**

★互助办电话：

江岸办事处：82864586 江汉办事处：85834930 硚口办事处：83801151

汉阳办事处：84595991 武昌办事处：88910652 青山办事处：68865259

洪山办事处：87678101 汉南办事处：84851462 东西湖办事处：83897160

蔡甸办事处：84942268 江夏办事处：81825016 黄陂办事处：85932030

新洲办事处：89353950