

四川省职工保障互助会

入会及参加四川省职工住院医疗互助保障计划(2020版) 申请书

单位社保编码:

申请单位名称 <small>(申请单位名称须与注册时上传证书单位名称以及所盖鲜章一致)</small>			
申请单位地址			
经办人		联系电话	
本单位(在职)参加城镇职工基本医疗保险人数			
申请入会人数	人	★ 备注: 申请入会人员人数须与参加职工住院医疗互助保障计划人员人数一致。	
申请参加四川省职工住院医疗互助保障计划(2020版)人数	人		
参加职工住院医疗互助保障计划人数占本单位(在职)参加城镇职工基本医疗保险人数的比例	%		
会费标准	110元/人/年	合计金额	元
告知内容	<p>参加职工须为申请单位的在职职工,且自愿入会并参加《四川省职工住院医疗互助保障计划(2020版)》。申请入会时均须符合《四川省职工住院医疗互助保障计划(2020版)》的规定。申请单位须核实系统中上传的花名册其姓名、身份证号码真实准确无误。如因系统上传资料中所列事项有虚假或者隐瞒等不真实、不准确情况,从而导致在申领互助金时所产生的后果由申请单位负责,并承担相关的法律责任。四川省职工保障互助会将保留继续追究责任的权利。</p> <p>★ 特别提醒: 从2020年4月1日起,会费只能由单位对公账户转账,不接收个人汇款。</p>		
申请单位(工会)意见		申请单位(工会)的上级工会意见 (如上级工会没有统管,此项可以不盖章)	
(单位签章) 鲜章所盖名称应与注册时上传证书单位名称一致 年 月 日		(单位签章) 年 月 日	

★ 注: 盖章之前请仔细阅读告知内容, 确认同意后方可盖章。