

四川省职工保障互助会

入会及参加四川省职工重大疾病互助保障计划(2020版) 申请书

申请单位名称 (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)			
申请单位地址			
经办人		联系电话	
申请入会人数	人		★ 备注：申请入会人员人数须与参加四川省职工重大疾病互助保障计划人员人数一致
申请参加四川省职工重大疾病互助保障计划(2020版)人数	人		
参加职工重大疾病互助保障计划人数占本单位全体职工人数的比例	%		
会费标准	60 元/份 (一年期)	合计金额	元
健康告知声明	健康告知事项：申请单位所办理的拟参加职工在参加《四川省职工重大疾病互助保障计划(2020版)》前是否发现患有本计划所保障的30类重大疾病之一或多种，应如实告知病史。 健康告知声明：根据《四川省职工重大疾病互助保障计划(2020版)》的规定，申请单位所有参加本计划的职工，除《计划名册》的“健康情况”栏中注明的在参加本计划前确诊患有健康告知事项规定的疾病种类的会员以外，其余职工都符合本计划规定的条件，没有任何主观隐瞒行为。 如果在互助金领取的过程中发现申请单位上传的《四川省职工保障互助会入会及参加四川省职工重大疾病互助保障计划名册》中的“健康情况”存在对重要事项的主观隐瞒行为，申请单位同意四川省职工保障互助会终止所涉及会员的职工重大疾病互助保障责任。		
其他告知内容	参加职工须自愿入会并参加《四川省职工重大疾病互助保障计划(2020版)》。申请入会时均须符合《四川省职工重大疾病互助保障计划(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。 ★ 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。		
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。