**武汉城市圈职工重大疾病医疗互助**

**（武汉市职工综合医疗互助）**

**给付申请书**

|  |  |
| --- | --- |
| 参加单位名称 | 江汉大学工会 |
| 参加单位联系人 |  | 参加单位联系电话 |  |
| 申请人姓名 |  | 申请人联系电话 |  |
| 申请人身份证号码 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 家庭住址 |  |
| 重大疾病名称 |  | 首次确诊时间或死亡时间 |  |
| 确诊医院 |  | 住院编号 |  |
| 受益人姓名 |  | 受益人身份证号码 |  |
| 参加单位审查意见(盖章) | 承诺：1.申请人为我单位在职职工；2.申请人病案资料真实。**情况属实，同意申报。**单位盖章： 经办人： 年 月 日  |

**申请给付时提供以下资料：**

1、经参加单位签字审核盖章的《给付申请书》；

2、参加人身份证；如参加人已经身故，还须提供医疗机构出具的死亡医学证明（推断）书；

3、银行卡；如因参加人身故需打款给受益人，则需提供受益人关系的证明材料、受益人身份证及银行卡；

4、住院医疗收费发票；

5、重大疾病所需鉴定资料：二级甲等及以上医疗机构出具的住院病案首页、入院记录（或住院志）、出院记录、手术报告，用病理切片、血液检验以及医疗互助办认为必须提供的其他相关资料。如恶性肿瘤，还需提供病理检查报告；如依赖血透，腹透的慢性肾功能衰竭，还需提供3个月时间段的透析报告；如冠状动脉搭桥及支架植入术，还需提供造影报告、介入（手术）报告。其他病种所需资料详见https://www.whgh.org/zgh/channels/202.html。