**安阳市职工住院医疗互助保障参保人员名单**

安阳市总工会/ 县（市）总工会：

我单位（公司）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，已详细了解《安阳市职工住院医疗互助保障实施细则》，并对其中条款（包括但不限于保障对象、保障范围和标准、除外责任、其他事项等）已充分理解并接受上述内容，同意自愿参加“安阳市职工住院医疗互助保障”项目。

参保人员共计： 名，我单位（公司）份额内保费应缴每人每年60元，共计（大写） 元，（小写）\_\_\_\_\_\_\_ 元。

保障时间：自 年 月 日零时起，至 年 月 日二十四时止（壹年）。

（**参保单位按要求提交参保资料，并在当月13日前向人保财险汇缴互助金，保障起始日期统一为当月15日零时。如参保单位超过当月规定时间汇缴互助金的，则该单位职工住院医疗互助保障起保日期顺延至次月15日零时。**）

参保人员名单如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

上述所填写的内容均属实。

参保单位签章：

 \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日