



上海市总工会

上海工会会员专享基本保障给付申请审批表

区局(产业)工会名称				参保编码			
区局(产业)工会联系人				联系电话			
基层工会经办人				联系电话			
被保障人姓名		身份证号码					
被保障人地址				被保障人手机			
给付项目	1、工会会员专享保障 A 类:(1)意外全残 <input type="checkbox"/> (2)意外身故 <input type="checkbox"/> (3)重大疾病 <input type="checkbox"/>						
	2、工会会员专享保障 B 类:(1)意外全残 <input type="checkbox"/> (2)意外身故 <input type="checkbox"/> (3)重大疾病 <input type="checkbox"/> (4)疾病身故 <input type="checkbox"/>						
	3、被保障人是否参保市职保会的相关保障计划: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>						
给付原因	意外给付原因: 710 意外全残 720 意外身故 重大疾病给付原因: 癌症: 801 肺(气管、支气管) 802 胃 803 肝 804 乳腺 805 食管 806 肠及肛门 807 胰腺 808 膀胱 809 白血病 810 宫颈、卵巢、宫体 811 其它() 812 甲状腺 813 鼻咽喉 814 肾 815 脑 816 恶性淋巴瘤 817 恶组 818 恶性黑色素瘤 重型肝炎: 821 急性 822 亚急性 830 尿毒症 840 心脏瓣膜手术 850 冠状动脉搭桥手术 860 重型再生障碍性贫血 870 颅内肿瘤手术 890 主动脉手术 重大器官移植: 881 肾脏 882 心脏 883 肺脏 884 肝脏 885 胰脏 886 骨髓 900 急性心肌梗塞 910 脑中风后遗症 920 严重III度烧伤						填入相应代码
附病史资料名称: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 谨此承诺提供的首次确诊医院为: 1、本市二、三级医院 <input type="checkbox"/> 2、外省市三级医院 <input type="checkbox"/> 3、其它(请写明) _____							
经办人: _____		基层工会盖章: _____		区局(产业)工会盖章: _____			
_____年 _____月 _____日		_____年 _____月 _____日		_____年 _____月 _____日			

以下由市职工保障互助中心填写:

医院编码		鉴定表编号		终审鉴定日期	_____年 _____月 _____日
除 外	100 原位癌 200 A 期慢淋白血病 300 皮肤癌 400 一期何杰金氏病 500 T1 前列腺癌				
保障金给付总额(大写)	_____万 _____仟 _____佰 _____拾 _____元				
其中:	1. 意外全残 _____元	领导审批意见:			
	2. 意外身故 _____元				
	3. 重大疾病 _____元				
	4. 疾病身故 _____元				
	合计: _____元				
审核员: _____	复核员: _____	出纳: _____	市职保中心盖章: _____	签名: _____	

_____年 _____月 _____日