

关于开展“医疗互助·情暖会员” 二次救助活动的通知

各分会：

为大力弘扬工人阶级“团结友爱、互助互济”精神，进一步提高职工医疗互助保障水平，有效缓解入会职工因患病住院和遭遇意外伤害等因素造成的家庭生活困难，根据中国职工保险互助会滨州办事处《关于在全市工会开展“医疗互助·情暖会员”二次救助活动的通知》（中互滨字〔2021〕9号）精神和市总工会要求，现将2021年度二次救助工作通知如下：

一、申报范围及条件

救助活动的范围是已加入市总工会职工医疗互助保障活动的会员。凡符合以下条件之一者可以申报。

1. 在2020年12月1日至2021年11月30日期间会员因住院医疗、患重大疾病及遭遇意外伤害等原因，在城镇职工医疗保险和工会互助会报销后个人自负医药费总额在20000元以上并造成家庭生活困难的。

2. 在2020年12月1日至2021年11月30日期间会员家庭成员（限配偶或子女）因患病住院、患重大疾病及遭遇意外伤害等原因，在城镇职工医疗保险和工会医疗互助会报销后个人自负医药费总额在30000元以上并造成家庭生活困难的。

二、申请救助金需提供的资料

1. 《2021年度“医疗互助·情暖会员”二次救助活动申请表》（附件1）一份。

2. 《出院记录》、《医院诊断证明》复印件；自付医药费

结算单或有关医药费单据复印件一份。

3. 会员身份证及银行卡复印件（身份证头像面、银行卡正面复印到同一张 A4 纸上）一份。

4. 会员家庭成员申请救助的，需提供会员与受救助人关系证明材料及受救助人身份证复印件。

三、相关要求

1. 本次二次救助我校名额为 8 个，救助的对象主要是会员本人，救助会员家庭成员原则上不超过 2 人。

2. 各分会要本着实事求是的原则，对申报二次救助的范围和条件认真把关，缜密筛选。校工会将对各分会上报的申请资料进行严格审核，对于申报资料提供不全、不实或不符合要求的不予受理。审核通过后，校工会将根据自费额度确定上报名单，并在办公楼一楼大厅公示，接受监督。

3. 会员申请救助的申请表（附件 1）、相关证明等纸质资料和《“医疗互助·情暖会员”二次救助活动汇总表》（附件 2），于 2021 年 12 月 10 日前报工会宣教部，附件 1、附件 2 电子版一并发送至 bzxygh@163.com。逾期不上报者，视为自动放弃。

联系人：马金广，联系电话：3195818（88818），办公地点：办公楼北楼 508。

附件：1. “医疗互助·情暖会员”二次救助活动申请表
2. “医疗互助·情暖会员”二次救助活动汇总表

校工会

2021 年 11 月 26 日

附件 1

“医疗互助·情暖会员”二次救助活动申请表

申请日期：2021 年 月 日

会员姓名		性 别		手机号码	
所在单位					
身份证号码					
困难原因					
自负医药费 总额（元）					
所在单位 意见	负责人签字：		单位公章：	2021 年 月 日	
基层分会 意见	分会主席签字：		2021 年 月 日		

经办人：

手机号：

注：1、困难原因是指会员或会员家庭成员患何种疾病或遭遇意外伤害等情况。

2、自负医药费总额是指会员或其家庭成员经医保、工会互助会报销后个人自负金额。

附件 2

“医疗互助·情暖会员”二次救助活动汇总表

序号	会员姓名	单位名称	身份证号码	开户行	银行卡号	联系电话	困难原因	自负医药费总额	救助对象

分会主席签字：

经办人：

手机号：

注：救助对象是指会员本人或会员家庭成员。若是会员家庭成员，应注明与会员的关系和姓名（如：妻子某某）