|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **四叶草计划·共享基金申报表** | | | | | |
| 申报人姓名 |  | □员工本人 □员工家属 员工姓名 | | | |
| 身份证号码 |  | 性别 |  | 联系方式 |  |
| 家庭情况 | （需包含家庭上一年度总收入，此项内容不公示） | | | | |
| 社保已报销  金额 |  | 是否存在其他可报销的商业保险 |  | 是否出险及  报销金额 |  |
| 此次申报金额 |  | 账户信息 | 户名：  账号：  开户行： | | |
| 情况说明 | □重大疾病 □意外伤害 发生时间  （阐述中需明确就诊时间、医院、主治医生的信息) | | | | |
| 本人承诺所提交的上述信息及相关资料真实有效，并无虚假信息或重大遗漏。若存在虚假欺诈行为，申报人需归还补助款项并承担相应法律责任。  申报人签字：  员工签字： | | | | | |