四川省职工保险互助会

女 职 工 大 病 互 助 保 险 计 划 名 单

申请单位： 保险期限： 年 共 页 第 页

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 顺  序  号 | 姓 名 | 年  龄 | 工  种 | 健 康 情 况 | 身 份 证 号 | 参保份数 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 说  明 | 1.本名单系计划书的组成部分，本会根据上列名单负保险责任。 2.被保险人应履行健康告之义务，凡患过乳腺、卵巢、宫体、宫颈、输卵管和外阴癌之一者，不能参加本保险；患有或患过其他重大疾病者应如实填写。 3.本表一式两份，一份交总会，一份留基层。 | | | | | |

经办人： 经办人电话： 申请单位：（签章） 年 月 日