2022年广州市黄埔区 广州开发区

人才（人才配偶）父母商业医疗保险补贴申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **国籍** |  |
| **联系电话** |  | **身份证号码/**  **护照号码** |  |
| **单位名称** |  | **担任职务** |  |
| **统一社会信用代码/组织机构代码** |  | **单位地址** |  |
| **联系人** |  | **联系人电话** |  |
| **人才类别** | □杰出人才（A证/创业） □杰出人才（B证/创新）  □优秀人才（A证/创业） □优秀人才（B证/创新） | | |
| **人才父亲姓名** |  | **人才母亲姓名** |  |
| **配偶父亲姓名** |  | **配偶母亲姓名** |  |
| **首次申请商业医疗保险补贴时间** |  | **申请金额**  **（单位：元）** |  |
| **个人银行卡号** |  | **个人银行卡**  **开户名** |  |
| **开户行** |  | **开户行联行号** |  |
| 本人承诺以上信息均真实有效。  申请人签字：  年 月 日 | | | |
| **工作单位意见** | 所填信息属实，同意其申报。  申请人工作单位（盖章）  年 月 日 | | |

附件

**确认函**

XXX先生/女士：

您向我中心申请了《中新广州知识城国际人才自由港集聚人才若干措施（试行）》（穗埔组通〔2021〕26号）的商业医疗保险补贴相关扶持资金，我中心将依据审核结果予以资金拨付，请根据事业单位、国有企业相关规定及贵单位内部管理制度确定申领意向，并在下方回执栏签字。

广州开发区人才交流服务中心

年 月 日

（联系人：谢小姐，电话：31604542）

本人XXX（身份证件号：XXXXXXXX）已阅知上述信息，确认申领《中新广州知识城国际人才自由港集聚人才若干措施（试行）》（穗埔组通〔2021〕26号）的商业医疗保险补贴相关扶持资金。本人承诺没有违反上述规定，并已如实向单位报备相关情况，若有违反，所有后果由本人承担。

申领人（签字）：（加盖单位公章及纪检部门公章）

年 月 日