**附件1：2022年“在职职工重大疾病互助保障计划”参保人员登记表**

|  |
| --- |
| 单位： （盖章） |
| 本期在职职工重大疾病互助保障计划期限为：2022年5月至2023年4月（一年） |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号** | **学校补助金额（元）** | **个人交费金额（元）** | **份数** | **保费合计** |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 11 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 12 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 13 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 14 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 15 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 16 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 17 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| 18 | 　 | 　 | 　 | 30 | 10 | 1 | 　 |
| **合计** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 联系人： 电话： |