

附件

上海市职工基本医疗保险综合减负申请表

申请人姓名		职退状态	在职 ☐ 退休 ☐	
社保/医保卡号		身份证号码		
家庭地址			邮编	
居住地（或工作单位）所在街道		联系电话		
是否参加总工会互助保障	是 ☐ 否 ☐	是否享受公务员医疗补助	是 ☐ 否 ☐	
申 请 理 由 因本人自负医疗费已超过本人年收入 %，特此申请自负医疗费医保综合减负。 申请人签名 申请日期 年 月 日				
享受 公务员 医疗补 助人员 填写	本医保年度已享受公务员医疗补助金额 (大写)			
相 关 单 位				
申请人年收入为_____元。 单位（章） 经办人签名 日期 年 月 日				

·上海市医疗保险事业管理中心印制·