附件1

2023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 | | |