附件1

复工防疫保险补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保险机构名称 | |  | | | | | | | |
| 机构地址 | |  | | 注册时间 | | |  | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | | | | |
| 法人代表 | |  | | 手机 | | |  | |
| 联系人 | |  | | 手机 | | |  | |
| 开户银行 | |  | | 账号 | | |  | |
| 备案的复工防设保险项目名称 | |  | | | 符合补助条件的参保企业数（家） | | |  |
| 合计总保费（万元） | |  | | | 申报补助金额（万元） | | |  |
| 申请单位诚信承诺：，  我司承诺，此次申报所提交的申请材料内容和所附材料均真实、合法，如有违反，愿负相应的法律责任并承担由此产生的一切后果。  特此声明！  负责人签字：  日期：  （盖章） | | | | | | | | | |
| 市银保监分局审核意见 | 年 月 日 | | 市金融办审核意见 | | | 年 月 日 | | | |
| 市财政局审核意见 | 年 月 日 | | 市政府  审批意见 | | | 年 月 日 | | | |

附件2

企业复工防疫保险补助申请明细表

填报单位（盖章）： 负责人（签字）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 投保时间 | 参保企业名称 | 统一社会信用代码 | 2019年度企业纳税额（万元） | 归属地 | 参保险种名称 | 保单号 | 保费总额（元） | 保障金额（万元） | 申请补助金额（元） | 企业联系人及电话 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | 合计 | | | | |  |  |  |  | -- |