**上海职工互助保障重疾类保障**

**给付申请材料真实性承诺书**

被保障人姓名： ，身份证号： ，所在单位名称： （参保编码： ），本次申请重疾类型（请勾选）：

□1恶性肿瘤 □2急性心肌梗塞 □3脑中风后遗症

□4重大器官移植术或造血干细胞移植术

□5冠状动脉搭桥术或称冠状动脉旁路移植术

□6终末期肾病或称慢性肾功能衰竭尿毒症期

□7急性或亚急性重症肝炎 □8严重非恶性颅内肿瘤

□9心脏瓣膜手术 □10严重Ⅲ度烧伤

□11重型再生障碍性贫血 □12主动脉手术

□13双耳失聪 □14双目失明

□15因输血导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

□16因职业关系导致的人类免疫缺陷病毒（HIV）感染

□17严重帕金森病 □18严重运动神经元病

□19非阿尔茨海默病所致严重痴呆

□20全身性硬皮病 □21心脏瓣膜介入手术

□22严重阿尔茨海默病

本人承诺 （是/否）曾经确诊过本次申请的同大类疾病（注：任何部位的恶性肿瘤均属恶性肿瘤大类）。本人承诺本次给付申请所提供的所有材料均真实无误。

被保障人签名：

年 月 日

**上海职工互助保障意外类保障**

**给付申请材料真实性承诺书**

 被保障人姓名： ，身份证号： ，所在单位名称： （参保编码： ），本人承诺本次给付申请所提供的所有材料均真实无误。

被保障人签名：

年 月 日