新入职人员情况说明

青岛市总工会职工服务中心：

我单位职工XXX等XX人，为我单位新进职工，医保关系正在办理当中，预计于XX（时间）办理完毕，职工互助保障计划今年跟随我单位参加。我单位承诺：在其医保关系未办理完毕之前所产生的住院理赔，青岛市总工会职工服务中心不予理赔，特此说明！

以上情况正确属实，如有不实之处，我单位愿承担相关责任！

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

单位名称（盖章）

年 月 日