|  |
| --- |
| 附件3 |
| XX单位2022年度重点新材料首批次保险补偿申请企业汇总表 |
| 初审单位（盖章）： | 联系人及电话： |
| **序号** | **投保新材料名称** | **生产企业名称** | **投保****数量** | **投保新材料合同金额（万元）** | **保险****金额****（万元）** | **保险费率（%）** | **保费****金额****（万元）** | **申请补****贴金额（万元）** | **用户单位名称** | **投保时间****（年 月 日）** | **保险期间****（年 月 日-****年 月 日）** | **保险****单号** | **投保****倍数** | **承保保险****公司名称** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |