蚌埠市工会会员大病补助申领表

申请人所在单位 ： 申报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工会会员  姓名 |  | 性别 |  | | 身份证号 | |  |
| 疾病名称 |  | | 诊治医院 | | | |  |
| 工会会员卡卡号 | | |  | | | | |
| 病史摘要  及  诊断要点 |  | | | | | | |
| 所在单位工会调查核实意见 |  | | | 区、系统  （行业）、  直管单位  工会  审核意见 | |  | |
| 蚌埠市  总工会  审批意见 |  | | | | | | |
| 领款人（签名、电话）： | | | | | | | |
| 申领人单位工会经办人（签名、电话）： | | | | | | | |

注：

申领所需材料：1.《蚌埠市工会会员大病补助申领表》；2.工会会员本人身份证正反面复印件及本人工会会员卡正面复印件；3.三级医院以上医疗单位出具的病历复印件、病理报告、出院记录等。