滨海新区在职职工会员大病救助汇总申请表

开发区、街镇、系统和直属单位工会：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系方式 | 患病概况 | 个人支付医药费总额 | 需减除单位二次报销金额 | 实际个人支付医药费总额 | 救助  金额 | 开户行及银行卡号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合 计（万元）** | | | | | |  |  |  |  |  |

滨海新区总工会权益保障部：

按照《滨海新区在职工会会员大病救助资金实施办法（试行）》，我单位以上会员符合大病救助条件，共计 人，现向滨海新区总工会申请拨付大病救助资金 万元。

分管主席：（签字） 经办人：（签字） 联系方式：

申请单位（盖章）：

年月日