北京大学医学部工会送温暖补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | | |  | | 性 别 | |  | | 出生年月 |  | | |
| 民 族 | | | |  | | 户口所在地 | | |  | | | | |
| 所在单位 | | | |  | | | | | | 申请金额 | |  | |
| 家庭住址 | | | |  | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 申  请  理  由 | | （重大疾病附诊断证明书及医疗账单复印件） | | | | | | | | | | | |
| 是否参加职工互助保险 | | | | |  | | 是否获得职工互助保险赔付 | | | | | |  |
| 二级工会意见 | | 工会主席签字（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 医学部工会意见 |  | | 负责人签字（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |