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 |