

附件 2

会员住院慰问金汇总申请表

申请单位（盖章）：

填报人：

联系电话：

序号	姓名	性别	年龄	工作单位	10 位会员 卡号	病种	慰问金 额	慰问 日期	慰问金领取人		备注
									姓名	电话	

天津市总工会权益保障部：

按照《天津市总工会关于设立职工住院关爱资金的实施办法（试行）》及其《补充规定》，我单位以上会员符合住院慰问条件，已由各基层工会实施慰问，共计\_\_人，发放慰问金\_\_\_\_\_元。现申请市总工会拨付该慰问金。

分管主席：（签字）

申请单位：（盖章）

年 月 日