

附件 1

会员住院慰问申报表

编号：

填报日期：

基层工会名称						
住院职工	姓 名		性别		年龄	
	单位及职务					
	会员服务卡	18 位银行卡号				
		10 位会员卡号				
	患病名称					
	患病类型	<input type="checkbox"/> 工伤（职业病） <input type="checkbox"/> 指定重病 <input type="checkbox"/> 其他疾病				
	入住医院				入院日期	
慰问情况	慰问日期			慰问金额		
	慰问地点	<input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 家中 <input type="checkbox"/> 单位 <input type="checkbox"/> （        ）				
	慰问金领取人			电话		
工会干部	姓 名	单位及职务		联系电话	签字	
基层工会意见		上级工会意见			区局集团公司工会意见	
(盖 章)		(盖 章)			(盖 章)	
工会主席签字：		工会主席签字：			审核人签字：	
年 月 日		年 月 日			年 月 日	