

附件 1

会员住院慰问申报表（2019 年版）

编号：

填报日期：

|   |        |  |     |   |      |  |
|---|--------|--|-----|---|------|--|
| 基层工会名称  |        |  |     |   |      |  |
| 住院<br>职工  | 姓 名    |  | 性 别 |   | 年 龄  |  |
|   | 单位及职务  |  |     |   |      |  |
|   | 身份证号   |  |     |   |      |  |
|   | 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<br>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<br>干部  | 姓 名    | 单位及职务  |     | 联系电话  | 签 字  |  |
|   |        |  |     |   |      |  |
|   |        |  |     |   |      |  |
| 基层工会意见<br><br>(盖 章)<br><br>工会主席签字：<br><br>年 月 日 |        | 上一级工会意见<br><br>(盖 章)<br><br>工会主席签字：<br><br>年 月 日   |     | 区局集团公司工会<br><br>意 见<br><br>(盖 章)<br><br>审核人签字：<br><br>年 月 日 |      |  |