

附件 2

会员住院慰问金汇总申请表（2019 年版）

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	身份证号	病种	慰问金额	入院日期	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重病关爱资金的实施办法（试行）》及其相关规定，我单位以上会员符合慰问条件，已由所在基层工会实施慰问，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