石家庄市职工互助活动医疗救助审批表

（第十三期）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 手机号码 |  |
| 工作单位 |  | 所属工会（县区、产业、直属） |  |
| 开户行（支行）  |  | 捐款凭证编号 |  |
| 申请人银行账号 |  |
| 受助人姓名 | 与捐款人关系 | 受助人身份证号 |
|  | 本人/配偶/子女 |  |
| 住院日期 | 住院地点 | 出院日期 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 基层工会审核意见 |  工会法人（主席）签字 年 月 日 （盖章） |

备注：1.请审核单位工会保存申请人纸质档案，以备查询；2.所属工会请填写单位所在的产业工会、县（市、区）工会或直属基层工会。