|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 青岛市职工互助互济储金会会员困难救济申请表（代收据） | | | | | | | |
| 单 位 | | | | 姓 名 | | 性别 | 身份证号码 | | 联系电话 | |
|  | | | |  | | 男 |  | |  | |
| 医疗费金额 | | |  | | | | 明细单件数 | |  | |
| 农行借记卡号 | | |  | | | | 持卡人姓名 | |  | |
| 申请救济理由 |  | | | | | | | | | |
| 基层工会审查意见 | 工会主席（签字）:  工会（章）：    年 月 日 | | | | 该职工缴纳储金额 拾元  救济额 仟 佰元  （小写： 元）  盖 章  经办人：    年 月 日 | | | 审核人：  理事会意见：      年 月 日 | | |