|  |
| --- |
| 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 |