**济南市职工大病互助保障救助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入会单位名称 | |  | | | 工会电话 | |  |
| 申请人姓名 | |  | 性别 |  | 保障份数 | |  |
| 身份证号 |  | | 保障项目单号 | | |  | |
| 申请原因：  申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 附所认证资料：  1、  2、  3、  4、  5、  6、  7、 | | | | | | | |
| 单位工会意见：    工会主席签字： （章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 市职工互助互济会意见：    （章）  年 月 日 | | | | | | | |