中国职工保险互助会安徽省办事处互助保障2025年慰问活动申请表

<table>
<tr><td>会员姓名</td><td></td><td>联系方式</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td></td><td>参保险种及保期</td><td></td></tr>
<tr><td>伤（病）情等
简要情况</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">门诊发票（若需补充详见附件）</td><td colspan="2">住院发票（若需补充详见附件）</td></tr>
<tr><td>日期</td><td>个人支付金额</td><td>日期</td><td>个人支付金额</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">合计：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">申请慰问金额</td><td>1000元☐</td><td>2000元☐</td><td></td></tr>
<tr><td>3000元☐</td><td>5000元☐</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">申请人签字确认
本人同意对以上自述内容的真实性、准确性负责。
申请人：
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">区县工会意见：
盖 章</td><td colspan="2">基层经办机构意见：
盖 章</td></tr>
<tr><td colspan="2">办事处初审：
年　　月　　日</td><td colspan="2">办事处复审：
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">办事处意见：
年　　月　　日</td></tr>
</table>