|  |
| --- |
| **淮南联合大学在职职工医疗互助补助申请汇总表** |
| **填报单位（基层工会公章）：**  |
| 序号 | 单位  | 姓名 | 是否参加 | 申请材料是否齐全、符合要求 | 性别 | 身份证号 | 银行账号 | 开户行 | 疾病名称 | 住院时间 | 住院天数 |
| 申请表 | 身份证 | 医保结算单 |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**基层工会主席签字： 填报人： 联系电话： 填报时间：**