|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 南沙区在职工会会员住院关爱计划慰问金领取登记表 | | | | | | | |
| 领 取 人 资 料 | 姓 名 |  | 性别 |  | 工作单位 | |  |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 手机号码 |  | | | 住院起止时间 | | 年 月 日至 年 月 日 |
| 住院原因 |  | | | 所在基层工会验核 | 该同志为我单位在职工会会员，本表所填写个人资料真实有效，所附“身份证或社保卡”、“住院天数凭证”等复印件与原件相符。我单位工会已按规定向南沙区总工会缴交工会经费。  工 会 公 章： | |
| 入住医院 |  | | |
| 相关凭证 (住院天数凭证任选一) | **☑**身份证或社保卡（必选）  □住院费用结算单  ☑出院小结  □连续三日或以上的每日费用清单  □其他 | | |
| 慰问  金  领  取 | 金 额 | ￥300元（大写：叁佰元整） | | | 慰问金发放机构审批 | 审 批 盖 章： | |
| 领取方式 | 银行划账（银行卡/折） | | |
| 申请人签名 | （本人手写签名） | | |
|  | | | | | | | |