附件 4

**省教科文卫体工会工委在榕直属学校（单位）和省总工会在榕直属企业工会在职职工第三期医疗互助活动团体报名表**

**单位编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工会名称（盖章） |  |  |  |  | 单位性质 |  |  | 事业编制 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 办公室： |  |  |
| 工会主席姓名 |  |  |  |  | 联系电话 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 手 机： |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工作人员姓名 |  |  |  |  | 联系电话 |  | 办公室： |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 手 机： |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 在职职工总人数 |  |  |  |  | 参加人数 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 交款标准 |  |  |  |  |  |  | 小写： |  |  |
| 交款人数 |  |  |  | 交款总金额 |  |  |  |
|  | （80 元/人） |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 大写： |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **以下由职工服务中心填写** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 交款时间 |  |  | 生效期 |  | 自 | 年 月 日零时起至 年 | 月 |
|  |  |  |  |  | 日 24 时止 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 初核 |  | 审核 |  |  | 中心主任 | 复核（财务） |  |
| 职工服务中心 | （经办） |  | （医学） |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 审核意见 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**领导意见**

说明：1.此表应填写完整，字迹要清晰。

2.单位编号由职工服务中心统一填写。

3.交款时间由职工服务中心填写

4.交表时须附上 Excel 格式电子版（从福建工会网站http://www.fj12351.cn/文献资料，下载空表）。

5.此表可用 A4 纸复印。

- 21 -

附件 5

**省教科文卫体工会工委在榕直属学校（单位）和省总工会在榕直属企业工会在职职工第三期医疗互助活动人员花名册**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位 | 工会名称 |  | 工会主席签名： | 组织人事部门（盖章）： |
| 编号： | （盖章） |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 序 | 姓 名 | 性 | 年 | 身份证 | 32 种重大 | 手机号码 | 备注 |
| 号 | 别 | 龄 | 号码 | 疾病既往史 |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：1.“32 种重大疾病既往史”是指参加此期医疗互助活动前患过《实施办法》所指的重大疾病之一，如有，请在相关空格内填写该种重大疾病名称；

2.提交本表请同时附 Excel 格式电子版（从福建工会网站 http://www.fj12351.cn/

文献资料，下载空表)。