|  |
| --- |
| 附件12022年度“医疗互助·情暖会员”二次救助活动申请表 |
|  申请日期：2022年 月 日 |
| 会员姓名 |  | 性 别 |  | 手机号码 |  |
| 工作单位 |  |
| 身份证号码 |  |
| 困难原因 |  |
| 自负医药费总额（元） |  |
| 所在单位工会意见 |  负责人签字： 单位盖章： 2022年 月 日 |
| 县市区 工会意见 |  负责人签字： 单位盖章： 2022年 月 日 |
| 滨州办事处 意 见 | 负责人签字： 单位盖章： 2022年 月 日   |
|  经办人： 手机号： |

注：1、困难原因是指会员或会员家庭成员患何种疾病或遭遇意外伤害等情况。

2、自负医药费总额是指会员或其家庭成员经医保、工会互助会报销后个人自负金额。