|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2：  广州市在职工会会员住院关爱计划慰问金领取登记表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **亲爱的工会会员朋友：  闻悉您身体欠安已入院治疗，我们深为关切！  为向广大工会会员提供“普惠、多样、精准”的健康服务保障，广州市总工会于2015年6月起推出“广州市在职工会会员住院关爱计划”，对住院治疗的在职工会会员，及时送上工会组织的一份关爱。现委托您所在基层工会代为送上“广州市在职工会会员住院关爱计划”慰问金300，增城区总工会配套慰问金300元，我们期望您安心治疗，并祝早日康复。  谨以此信送上工会组织对您的慰问，并感谢您对工会工作的大力支持！   广州市总工会** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 领 取 人 资 料 | 姓 名 |  | | | | | | 性别 | | | |  | | | | 工作单位 | | | | | | | |  | |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | 社保（公医）  个人编号 |  |
| 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“参加社会保险凭证（或公费医疗凭证）”、“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广州市总工会缴交工会经费。  经办人（签名）：  工 会 公 章：  年 月 日 | | | | | |
| 入住医院 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 相关凭证 (五选二) | ☑社保卡或公费医疗证（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 | □￥600元（大写：陆佰元整） | | | | | | | | | | | | | | 慰问金发放机构审批 | | | | 审批人：  年 月 日  （如慰问金发放机构非领取人本人工会会籍所在基层工会，则须由慰问金发放机构审批并加盖公章） | | | | | |
| 领取方式 | □现金领取 | | | | | | | | | | | | | |
| □银行划账（银行卡/折复印件附后） | | | | | | | | | | | | | |
| 实名制签收 | （领取人签名） | | | | | | | | | | | | | |
| 填表日期：20 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **注：** | 1.本表同时作为“广州市在职工会会员住院关爱计划”慰问金财务入账凭证，填写字迹需工整、清晰。  2.为方便存档，所附相关证明材料在A4纸上双面复印。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3.此表一式两份。（此表可复印）