衡水市“职工医疗互助”救助金二次申领审批表

填报单位：　　填报人：　　联系电话：　　年　月　日

<table>
<tr><td>职工姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>身份证号</td><td colspan="2"></td><td>困难类别</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">工作单位</td><td colspan="3"></td><td>就业状况</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">参加医疗互助活动起止时间</td><td colspan="3">年　月至　　年　月</td><td>患病名称</td><td></td><td>住院时间</td><td></td></tr>
<tr><td>患病后各级各类救助的情况</td><td colspan="8">本栏由职工本人及所在单位工会如实填写：</td></tr>
<tr><td colspan="2">首期住院费　发生总额</td><td></td><td>首次申请救助时间</td><td></td><td>首次救助金额</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">基层工会审核意见</td><td colspan="2">拟第二次救助金额</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="8">经办人签字：　　工会主席签字：　　（公章）
联系电话：　　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">县级工会审核意见</td><td colspan="2">拟第二次救助金额</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="8">经办人签字：　　分管副主席：　　主席或常务副主席：　　（公章）
年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">市总工会审核意见</td><td colspan="2">第二次实际救助金额</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="8">业务部门负责人签字：　　分管副主席签字：　　（公章）
分管财务副主席签字：　　常务副主席签字：　　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">领取第二次救助金方式</td><td>基层工会代领</td><td>收款单位全称</td><td></td><td>银行账号</td><td></td><td>开户行名称</td><td></td></tr>
<tr><td>直接拨付职工</td><td>受助人姓名</td><td></td><td>银行账号</td><td></td><td>开户行名称</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">被救助人直接领取</td><td>二次救助金额</td><td colspan="2">含与被救助人实际关系者签字</td><td colspan="3">备　　注</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">年　月　日</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>