

# 工会会员重大疾病互助金申请表

单位名称				
会员信息	会员姓名		身份证号	
	联系电话(手机)			
	开户银行(本人)			
	银行卡号(本人)			
	是否在职工会会员	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
	是否已缴纳工会会费	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
	所患疾病			
会员本人（签字）：       年 月 日	会员所在单位工会 （签章）：      年 月 日	工会负责人（签字）：       年 月 日		