**女职工特殊疾病互助保险保障金给付申请表**

（20 ）年度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **身份证号** |  |
| **确诊日期** |  | **治疗医院** |  |
| **病 因** |  |
| **参保起止日期** | 20 年 月 日 至 20 年 月 日 |
| 附件提供：出院结算单原件复印件各一份，出院记录复印件一份。 |
| 申请时间： 申请人签字： |
| **分会审核意见** | 分会女工委员签字： 分会主席签字：部门盖章 |
| **工会审核意见** | 根据《青岛理工大学女教职工特殊疾病互助保障办法》规定，经研究决定该同志符合赔付范围，赔付人民币元（大写：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ），请财务处凭单付款。审核人（签字）： 负责人（签字）：（盖章）年 月 日 |