附件2：

武汉理工大学教职工重大疾病医疗互助基金入会申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位 |  | | 姓 名 | |  | | 性 别 |  |
| 身份证号 |  | | | | 工资号 | |  | |
| 家庭住址 |  | | | 联系  电话 | |  | | |
| 申请时间 |  | 入职时间（新入职教职工） | | | |  | | |
| 申  请  理  由 | 我自愿申请加入武汉理工大学教职工大病医疗互助，赞成《武汉理工大学教职工重大疾病医疗互助基金管理办法(试行)》中的各项条款，同意每年交纳180元互助金，并委托学校财务处从我本人工资中扣缴。  以后年度在规定时间内本人未提出退出申请的，则视为同意继续参加互助。  申请人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 二级  工会（或离退休工作处）意见 | 二级工会主席（签名）或  离退休工作处负责人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | |

**注：该表由申请人本人填写，各二级工会（离退休工作处）审核、存档。**

附件3：

武汉理工大学教职工重大疾病医疗互助基金

入会申请名单汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 单位（盖章）： 年 月 日 | | | | |
| **序号** | **姓名** | | **工资号** | **来校工作时间** | **交纳金额**  **（元）** | **联系方式** |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |

注：该表一式两份，由二级工会填写后存档，并将纸制及电子版报大病医疗互助金管理委员会办公室备案。

**填表人：**

附件4：

武汉理工大学教职工重大疾病医疗互助基金

2021年退休会员名单汇总表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位（盖章）： 年 月 日 | | | | |
| **序号** | **姓名** | **工资号** | **入会时间** | **联系方式** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：1.退休截止时间：2020年10月——2021年8月；

2.该表一式两份，由离退休工会填写后存档，并将纸制及电子版报大病医疗互助金管理委员会办公室备案。

**填表人：**