|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4  **申报“两癌”治疗关爱金相关信息确认汇总表** | | | | | | | |
| 申报单位： | |  | | 联系人： |  | 联系电话： |  |
| 序号 | 职工姓名 | 职工首次确诊“两癌”时间及病种 | 是否为全国级在档困难职工（是或否） | 是否为送温暖“一、二类”建档职工（是或否） | 市总医疗互助项目参加情况 | | |
| 是否参加市总工会医疗互助项目（是或否） | 单位工会支付医疗互助项目费用 （元/月） | 职工个人支付医疗互助项目费用  （元/月） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 所属基层工会意见 （盖工会印章）：  年 月 日 | | | | 区市县（产业）工会意见 （盖工会印章）：  年 月 日 | | | |