**大病医疗互助会会员登记表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | 年 月 |
| 所在部门 |  | | | 入会时间  （申请当年月） | 年 月 |
| 联系方式 |  | | | 进校时间  （填起薪年月） | 年 月 |
| 工号 |  | | | 交费起始时间  （填起薪年月） | 年 月 |
| 家庭  住址 |  | | | | |
| 说明：大病互助会会费为每月20元，如涉及补缴费用将会从工资中扣除，如同意请填写“同意补缴”并签名确认：  申请人签名： | | | | | |
| 分工会意见 | 分工会主席签名：  年 月 日 | | | | |
| 互助会管理小组意见 | 组长签名：  年 月 日 | | | | |
| 备注 | 《南京审计大学教职工大病医疗互助管理办法（修订）》请关注校工会网站。 | | | | |