附件一：

**绍兴市职工医疗互助保障职工身故慰问金申请登记表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **身故职工姓 名** |  | **性****别** |  | **身份证****号 码** |  |
| **所在单位** |  |
| **身故原因** |  |
| **慰问金受益人姓名** |  | **性别** |  | **身份证****号 码** |  |
| **与身故****职工关系** |  |
| **受益人****联系电话** |  | **开户银行和银行卡号** |  |
| **所在单位工会审核意见** |  年 月 日 （盖章） |

说明：1.与身故职工关系是指夫妻、子女、父母和兄弟姐妹。

2.慰问金受益人没有银行卡的，请随带本人户口薄原件，以便办理银行存折。

3.随同本申请登记表上报的还包括职工死亡证明或职工火化证明复印件