|  |
| --- |
|  **北京理工大学“在职女工特殊疾病互助保障活动”续保登记表****基层工会： 工会主席（签字）：** |
| 在职女工特殊疾病互助保障计划期限为：2016年3月1日至2018年2月28日（二年） |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **交费金额** | **份数** | **保费合计** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |

备注：每人最多参保二份80元

联系人： 电话：