附件3：

**2024 年“在职女职工特殊疾病互助保障活动”参保登记表**

**基层工会（盖章）： 工会主席（签字）：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 在职女职工特殊疾病互助保障计划期限为：2024年5月1日至2025年4月30日（一年） | | | | |
| **序号** | **姓名** | **交费金额（元）** | **份数** | **保费合计（元）** |
| 1 |  | 25 | 1 | 25 |
| 2 |  | 25 | 1 | 25 |
| 3 |  | 25 | 1 | 25 |
| 4 |  | 25 | 1 | 25 |
| 5 |  | 25 | 1 | 25 |
| 6 |  | 25 | 1 | 25 |
| 7 |  | 25 | 1 | 25 |
| 8 |  | 25 | 1 | 25 |
| 9 |  | 25 | 1 | 25 |
| 10 |  | 25 | 1 | 25 |
| 11 |  | 25 | 1 | 25 |
| 12 |  | 25 | 1 | 25 |
| 合计 |  |  |  |  |

联系人： 电话：