**互助金领取书面申请**

中国职工保险互助会安徽省办事处：

本人 系安徽职业技术学院职工，是中国职工保险互助会会员，身份证号码为： ，患重大疾病情况：

 。

 本人于 20XX 年 X 月参加了在职职工重大疾病 互助保障计划，缴纳互助费为 35 元，现提出赔付申请，请予受理。

 申请人：

 校工会盖章：

 20 年 月 日