|  |
| --- |
| 附件1 **年度代办处稽核调查表** |
|  |
| **代办处（章）** |  |  |  |  |  |  |  | 单位：元 |
| **项目** | **女工特疾** | **住院医疗** | **意外伤害** | **子女意外** | **重大疾病** | **住院津贴** | **合计** |
| **会费情况** | 基层直投会费 |  |  |  |  |  |  |  |
| 经代办处上缴会费 |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |
| **赔付情况** | 直赔职工互助金 |  |  |  |  |  |  |  |
| 转账代办处互助金 |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |
| **备 注** | 代办处管理制度 |  |
| 需要说明的情况 |  |
|  主管领导： |  |  | 填表人： |  |  |  | 年 月 | 日 |