《在职女职工特殊疾病互助保障计划》情况证明材料

         同志系我单位在职职工,于  　年  　月   日在                 医院就诊,确诊为　　              　疾病.该同志于     年    月   　日参加《在职女职工特殊疾病互助保障计划》，现将有关材料报北京办事处,申请领取互助金.

申请单位　(章)

年    月    日