

紧急救助申请表

员工姓名		性别		出生年月	
意外伤害类型				发生时间	
医疗费用总额				基本医疗报销金额	
企业补充医疗报销金额				政府医疗救助金额	
商业保险赔付金额				自负医疗费用:	
意外伤害概要与申请救助的理由:					
申请人(员工)签字: 员工所在部门负责人意见: 日期: 签字: 日期:					
人力资源部意见 (HRBP 书写):					
HRBP 签字: 年 月 日					
公司管理层意见: 年 月 日					
人力资源总监意见: 年 月 日					
CFO 意见: 年 月 日					
CEO 意见: 年 月 日					