

天津市教育工会文件

津教工通〔2025〕10号

关于申报大病救助资金有关工作的通知

各高校（附院）、科研院所工会：

为深入贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，认真落实习近平总书记关于工人阶级和工会工作的重要论述，充分发挥工会数智化建设直达基层、直达职工的作用，按照市总工会《天津市总工会关于在职工会会员大病救助实施办法（修订版）》（津工通〔2025〕35号）要求，结合市教育工会工作实际，现就大病救助资金申报工作有关事项通知如下：

一、办理程序

1. 申报工作由市教育工会在天津教工智慧工作平台建立发布申报批次，一年内分3月、9月两个申报批次。

2. 在申报期限内，符合条件的工会会员可由个人申报或由其所属工会代为申报。

3. 申报材料包括：

（1）会员大病救助申报表（附件1）；

- (2) 工会会员在职（从业）证明（附件 2）；
- (3) 身份证正反面 PDF 扫描件或照片；
- (4) 医药费单据；
- (5) 会员大病救助申请书（附件 3，需打印签字上传）；
- (6) 公示证明材料（附件 4，如公示栏张贴照片、网页截图等）；
- (7) 其他相关凭证，如患病证明材料、商业保险赔付、单位二次报销等；
- (8) 退休证明。

4. 申报材料由会员所在二级工会（分会）初审，高校（附院）、科研院所工会复审后，生成《会员大病救助金汇总申请表》（附件 5），需下载打印盖章并以 PDF 格式上传后，再汇总上报完成申报。

5. 申报材料经市教育工会核定后，统一汇总并报至市总工会。初审、复审、核定工作遵循谁审核谁负责的原则，每一级审核后将以水印形式标记完成。

二、申报方式

1. 线上申报可在电脑端和手机端操作。登录方式如下：

(1) 电脑端：<http://8.130.179.61:8088/>

(2) 手机端：关注“天津教工”微信公众号，点击“工作平台”，手机端仅适用于工会会员个人申报，且仅支持材料以图片格式（JPG/JPEG/PNG）上传。

2. 各单位账号和密码可查阅《关于使用天津教工智慧工

作平台的通知》（津教工通〔2025〕7号）。工会会员账号为预留手机号码，初始密码为123456。

三、有关要求

1. 大病救助申请前，应对申请情况在本单位内进行不少于3个工作日的公示。公示内容包括会员实际个人支付医药费总额及发生时间段；减除的单位二次报销和各类商业保险赔付等金额；拟申请的大病救助金额；并注明监督电话。公示期内接到举报应暂缓申请救助金，并对举报线索予以核查，根据核查结果决定是否继续给予救助。

2. 大病救助工作事关广大教职工切身利益，要高度重视、认真落实，确保救助资金及时到位。

3. 要严格按照市总工会有关大病救助工作的要求，仔细核对相关申报材料，适时帮助、指导有需要的教职工完成线上申报。

4. 要积极推动使用“天津教工智慧工作平台”，妥善保管申报资料，确保经得住历史检验。

附件1：会员大病救助申报表

附件2：工会会员在职（从业）证明

附件3：会员大病救助申请书

附件4：关于XXX等同志申请大病救助资金的公示

附件5：会员大病救助金汇总申请表



附件 1:

会员大病救助申报表（2025 年版）

基层工会名称						
职工基本情况	姓 名		性 别		年 龄	
	工作单位				联系方式	
	身份证号				银行卡号	
	患病概况 (在相应病种上打√)	<input type="checkbox"/> 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 急性心肌梗死 <input type="checkbox"/> 脑卒中 <input type="checkbox"/> 重要器官移植 <input type="checkbox"/> 冠状动脉搭桥或支架植入术 <input type="checkbox"/> 终末期肾病(尿毒症) <input type="checkbox"/> 意外伤害 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 脑肿瘤 <input type="checkbox"/> 肺病 <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 其他疾病				
	个人支付医药费总额(万元)		商业保险赔付(万元)		实际个人支付医药费总额(万元)	
		单位二次报销(万元)				
其他需说明的情况						
救助起止日期					救助金额(万元)	
审核情况	所属层级	审核人	职 务	联系电话	签 字	备 注
	基层工会					
	区局集团工会					
落实情况	拨款或领取时间	拨款人或领取人(签字)		身份证号		联系方式
申报单位工会 (盖 章) 工会主席签字: 年 月 日		上一级工会 (盖 章) 工会主席签字: 年 月 日		市教育工会 (盖 章) 审核人签字: 年 月 日		

说明: 申报单位为高校(附院)、科研院所本级的,“上一级工会”一栏可不盖章。

附件 2:

工会会员在职（从业）证明

（示范文本）

兹证明____（姓名）____同志，____（性别）____性，现年____（年龄）____岁，身份证号码____，是我工会的在职（从业）会员，目前在____（单位）____从事____（岗位）____工作。

特此证明。

单位（组织人事等部门盖章）： 经办人签字：

年 月 日

基层工会（盖章）： 经办人签字：

年 月 日

（备注：1. 组织人事等部门章或基层工会章可任选其一。2. 新就业形态劳动者工会会员应未达到法定退休年龄且未办理退休手续。3. 特殊情况下，会员需按照基层工会要求，提供劳动合同等其他身份证明材料。）

附件 3:

会员大病救助申请书

(示范文本)

本人_____, 因不幸罹患_____病, 医疗费用支出大, 特申请大病救助, 救助起止日期为_____至_____, 在此期间发生个人支付医药费总金额为_____万元, 商业保险赔付金额为_____万元, 单位二次报销金额为_____万元, 实际个人支付医药费总金额为_____万元。

本人郑重承诺以上信息全部属实, 上述费用均有相应的医疗票据、报销凭证等材料可供核查, 所提供的相关证明材料真实、有效。如有弄虚作假、隐瞒真实情况等行为, 本人自愿承担退款及一切法律责任。

申请人(签字盖手印):

年 月 日

附件 4:

关于 XXX 等同志申请大病救助资金的公示

(示范文本)

根据天津市总工会和天津市教育工会大病救助相关工作要求，为保障大病救助工作公开、公平、公正，现将我单位工会会员 XXX 等同志申请大病救助资金相关情况集中公示如下：

序号	姓名	大病救助起止日期	个人支付医药 费总额	商业保险赔付 金额	单位二次报销 金额	实际个人支付 医药费总额	拟申请的大病 救助金额

实际发放的救助金额以市总工会最终核定金额为准，公示期自_月_日至_月_日止，如有异议，请于_月_日_时前联系本单位工会____（电话）____。市教育工会监督电话 63085193，市总工会热线电话 12351。

XXXX 单位工会
____年____月____日

附件 5:

会员大病救助金汇总申请表（2025 年版）

申请单位（盖章）：

填报人：

联系电话：

序号	姓名	性别	身份证号	联系方式	工作单位	患病概况	药费起止时间	个人支付医药费总额	需减除的商业保险赔付、单位二次报销等金额	实际个人支付医药费总额	救助金额	备注
合 计（万元）												

分管主席：（签字）

经办人：（签字）

联系方式：

年 月 日