附件5

**第十一期省直机关在职职工**

**医疗互助活动省总工会大病补助申请表**

**编号： 申请单位（工会公章）： 参加医疗互助时间： 年 月 日至 年 月 日**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人情况 | 姓名：　　 性别： 身份证号： 职级（厅、处、科级等）：  |
| 疾病名称： | 住院次数： |
| 累计天数： |
| 家庭住址： | 联系电话： |
| 银行卡帐号： 开户行名称： |
| 所在工会意见 | 工会主席（签章）：  | 工会工作人员 | 姓 名：联系电话： |
| **以下由医疗互助活动中心填写** |
| 医疗费用总　　额 | ¥ 元 | 医保费用小　　计 | ¥ 元 | 基金支付合计 | ¥ 元 |
| 省直工会补助金额 | 住院补助 | ¥ 元 | 剩余净自付 | ¥ 元 |
| 净自付补助 | ¥ 元 |
| 省总工会补助金额 | 大写：¥ 萬 仟 佰 拾 元整 ¥： 元 |
| 初核（经办）：  | 审核（医学）： | 复核（财务）：  |
| 中心主任意见： | 省直工会主席意见： |