附件4

**第十一期省直机关在职职工**

**医疗互助活动补助申请表**

**编号：　 工会名称（盖章）： 参加互助活动时间：自 年 月 日起到 年 月 日止**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人情况 | 姓名：　　 性别：　 身份证号： 职级（厅、处、科级等）： |
| 疾病名称： | 确诊医院： | 医院等级： | 确诊时间：　　年　月　日 |
| 住院时间：　　年　月　日　时至　　年　月　日　时 | 住院天数 |  |
| 住址： | 联系电话： |
| 银行帐号： 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** |
| 医保费用小 计 | ¥ 元 | 基金支付合 计 | ¥ 元 | 住院补助 | ¥ 元 | 净自付 | ¥ 元 |
| 本次给予补助金 额 | 重大疾病补助金 | ¥ 元 | 住 院补助金 | ¥ 元 | 单次住院净自付补助金 | ¥ 元 |
| 合计（大写）：¥ 萬 仟 佰 拾 元整 ￥： 元整 |
| 审核情况 | 初核（经办）： 签名：  | 审核（医学）：  签名：  |
| 复核（财务）： | 中心主任意见： | 省直工会主席意见： |