附件4

**第十四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** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医保内  金额 | | | 元 | 基金支付  合 计 | | 元 | | | | | | 净自付 | | | | 元 |
| 本次给予补助金 额 | | 住 院  补助金 | | 元 | | | | | 单次住院净自付  补助金 | | | | | 元 | | |
| 重大疾病  补助金 | | 元 | | | | | 死 亡  慰问金 | | | | | 元 | | |
| 合计（大写）： ￥： 元 | | | | | | | | | | | | | | |
| 审  核  情  况 | | 初核（经办）： | | | 审核（医学）： | | | | | | | | | | | |
| 中心主任意见： | | | 复核（财务）： | | | | | | | | 省直工会主席意见： | | | |