附件5

**第十四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）：**

**参加互助活动时间： 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 | 医保内金额 | 元 | 基金支付合 计 | 元 |
| 省直工会补助金额 |  元 | 剩余净自付 |  元 |
| 省总工会补助金额 | 大写： ￥： 元 |
| 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： |