附件2

省直机关在职职工第八期医疗互助活动

因病致贫补助（申请）审批表

**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：  |
| 疾病名称： | 年龄： |
| 住址： | 联系电话： |
| 申请人银行帐号： 开户行名称：  |
| 所在工会意见 |   工会主席（签章）：  | 所在工会工作人员 | 姓 名：联系电话： |
| **以下由医疗互助活动中心填写** |
| 1 | 医保费用小计 | 元 |
| 2 | 基金支付合计 | 元 |
| 3 | 职工医疗互助补助金额 | 元 |
| 4 | 省总工会“大病补助”补助金额 | 元 |
| 5 | 省直工会配套补助金额 | 元 |
| 6 | 净自付 | 元 |
| 补助金额 | 小写： 大写： 万 仟 佰 拾 元 |
| 初核（经办）：  | 审核（医学）： | 复核（财务）：  |
| 主任意见： | 省直工会主席意见： |