|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福建省总工会本级第五期职工医疗互助活动 补助金申请表  单位编号： 　工会名称（盖章）： 职工医疗互助补助编号： 年 号 | | | | | | | | | | | | | |
| 申 请 人 情 况 | 姓名： 性别： 年龄： 身份证号： | | | | | | | | | | | | |
| 就诊医院： 疾病诊断： | | | | | | | | | | | | |
| 本次住院时间： | | | | | | | | | | | | |
| 住址： 联系电话： | | | | | | | | | | | | |
| 申请人户名：  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： | | | | |
| **以下由省职工服务中心填写** | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗费用总 额 | | | | |  | 医保费用小 计 |  | | | 基金支付合计 |  | 住院净自付费用 |  |
| 本次补助金额 | | 住院净自付补助金 | | |  | 特定疾病 补助金 |  | | | 重大疾病 补助金 |  | 死亡  慰问金 |  |
| 合计（大写）： 万 仟 佰 拾 元 （ ¥ ） | | | | | | | | | | | |
| 初 核 | | | | 复 核（医学审核） | | | | | | | | 会 计 审 核 | |
|  | | | |  | | | | | | | |  | |
| 中心主任审批 | |
|  | |