附件4

**福建省总工会本级职工医疗互助活动**

**补助金申请表（表一）**

**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 ： 医院等级： | | | | | | | |
| 本次住院时间：　 　年　 月 　日至　 　年 　月　 日 | | | | | | | |
| 住址： 联系电话： | | | | | | | |
| 申请人银行帐号： 开户行名称： | | | | | | | |
| 单 位  经办意见 |  | | | | | | | |
| 工 会  主席意见 |  | | | | | | | |
| **以下由省职工服务中心填写** | | | | | | | | |
| 已补助  金 额 | 万 仟 佰 拾 元（¥ ） | | | | | | | |
| 本次住院  总费用 | | 住 院医保  目录内费用 | | 医 保  统筹支付 | 公 务 员  补贴金额 | 大额医疗费用  补充保险支付 | | 住院净自付  费 用 |
| 元 | | 元 | | 元 | 元 | 元 | | 元 |
| 本次补助金额 | | | | 万 仟 佰 拾 元（¥ ） | | | | |
| 初核 | | | 复核 | | 会计审核 | | 审批 | |
|  | | |  | |  | |  | |

**福建省总工会本级职工医疗互助活动**

**补助金申请表（表二）**

**（按病种）**

**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 ： 医院等级： | | | | |
| 住院时间：　　年 　月　 日　时至　 　年　 月 　日　 时 | | | | |
| 住址： 联系电话： | | | | |
| 申请人银行帐号： 开户行名称： | | | | |
| 单位经办意 见 |  | | | | |
| 工会主席意 见 |  | | | | |
| **以下由省职工服务中心填写** | | | | | |
| 已补助金额 | | 万 仟 佰 拾 元（¥ ） | | | |
| 按病种收费管理的  病种费用标准 | | 按病种收费管理的  病种费用标准内  医保统筹支付 | | 按病种收费管理的  病种费用标准内个人负担额 | |
| 元 | | 元 | | 元 | |
| 本次补助金额 | | 万 仟 佰 拾 元（¥ ） | | | |
| 初核 | | 复核 | 会计审核 | | 审批 |
|  | |  |  | |  |

附件5

**福建省总工会职工大病补助申请表**

**单位编号：　 申请单位（工会公章）： 大病补助编号： 年 号**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  情  况 | 姓名：　 性别： 年龄： 身份证号： | | | | | | | |
| 就诊医院 ： 医院等级： | | | | | | | |
| 家庭住址： 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）： | | | | | | | |
| **以下由省职工服务中心填写** | | | | | | | | |
| 已补助金额 | | | 万 仟 佰 拾 元（¥ ） | | | | | |
| 住 院  总费用 | | 住院医保目 录 内  费 用 | 住院医保目 录 内  统筹支付 | 住 院医 保  目录内个人  自付 费 用 | 职工医疗互助累计补助金额 | 累计净自 付  金 额 | 省总工会已补助金额 | 农民工、环卫工人上浮30% |
| 元 | | 元 | 元 | 元 | 元 | 元 | 元 | 元 |
| 本次补助金额 | | | 万 仟 佰 拾 元（¥ ） | | | | | |
| 初核 | | | 复核 | | 会计审核 | | 审批 | |
|  | | |  | |  | |  | |