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 |
|  |  |  |  |