怀化市工会第六期职工医疗互助活动补助金申请审批表

所在单位： 经办人电话： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 身份证号码 | 住院日期 | 出院日期 | 医疗费 总 额 | 自费金额 | 完全政策自 付 | 部分政策自 付 | 转外自理费 用 | 起付线 | 补助基数 | 补助金额 | 申请人电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 参加单位 | 经办人： |  |  | 县级中心 | 经办人： |  |  | 市级中心 | 经办人： |  |  |
| 意 见 |  |  |  | 意 见 |  | 意 见 |  |  |
| （签章） | 负责人： |  |  | （签章） | 负责人： |  |  | （签章） | 负责人： |  |  |
|  |  年 月 日 |  | 年 月 日 |  | 年 月 日 |

补助金额合计（大写）： 万 仟 佰 拾 元 角 分（小写）：¥

**注：此表一式三份，市县两级中心、参加单位各留存一份。**