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： | | | | | | | | |
| 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 | |
|  | | |  | |  | | |  | |