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 |
|  |  |  |  |