附件5

|  |
| --- |
| 福建省总工会本级第五期职工医疗互助活动补助金申请表单位编号： 　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： 疾病诊断： |
| 本次住院时间： |
| 住址： 联系电话： |
| 申请人户名： 银行帐号：开户行名称： |
| 所在工会意见 | 工会主席（签章）： | 工会工作人员 |  姓名： 联系电话： |
| **以下由省职工服务中心填写** |
| 医疗费用总 额 |  | 医保费用小 计 |  | 基金支付合计 |  | 住院净自付费用 |  |
| 本次补助金额 | 住院净自付补助金 |  | 特定疾病补助金 |  | 重大疾病补助金 |  | 死亡慰问金 |  |
| 合计（大写）： 万 仟 佰 拾 元 （ ¥ ） |
| 初 核 | 复 核（医学审核） | 会 计 审 核 |
|  |  |  |
| 中心主任审批 |
|  |