附件4

2021年淮南市在职职工医疗互助活动住院护理和个人自付住院医疗费用补助申请表

**工会名称（盖章）：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  情  况 | 姓名：　　 性别：　 身份证号： | | | | | | | | | | | | | |
| 现任职务及职级： | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病  名称： | | | | 确诊  医院： | | | | 医院  等级： | | 确诊时间：　　年　 月 　日 | | | |
| 住院时间：　 　年　 月　 日至　　年 　月 　日 | | | | | | | | | | 住院天数 | | |  |
| 住址： | | | | | | | | | | 联系电话： | | | |
| 淮南市工会会员服务卡账号： 开户行名称： | | | | | | | | | | | | | |
| 工会  工作  人员 | | 姓 名：  联系电话： | 所在  工会  意见 | | | 工会主席  （签章）： | | | | 上级  工会  意见 | | 工会主席  （签章）： | | |
| **以下由市总工会填写** | | | | | | | | | | | | | | |
| 本次给予补助金额 | | 住 院  护理补助金 | | 元 | | | | 单次住院净自付  补助金 | | | | | 元 | |
| 合计（大写）： ￥： 元 | | | | | | | | | | | | |
| 审  核  情  况 | | 初审（经办）： | 复核（财务）： | | | | 市总工会意见： | | | | | | | |