附件4

**省总帮扶中心第二期职工医疗互助活动补助金申请审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在单位： 填报日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | 身份证号码 | 附件 张数 | 医保 类别 | 医保结算单号码 | 医疗费  总额 | 自费 金额 | 医保报销  金额 | 补助基数 | 申请补助  金额 | | 核实补  助金额 | | 期内累计  补助金额 | | 参加人  签名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
| 参加单位意见    （签章） | | 经办人：      负责人：  年 月 日 | | | | 省总帮扶中心意见  （签章） | | | 经办人： | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
| 负责人： | | |  | |  | |
| 年 月 日 | | | | | | |
| 补助金额合计（大写）： 万 仟 佰 拾 元 角 分（小写）：¥ 参加单位领款人（签名）： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注：此表一式两份，省总帮扶中心、参加单位各留存一份。 | | | | | | | | | | | | | | | |