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。 |