

贵州省职工医疗互助活动给付申请书

住院医疗、住院津贴…… 项目

单位名称	安顺学院		互助期限	2023-01-23 至 2024-01-22	
活动确认书号	202212010412700 202212010595009				
职工个人 申请	职工姓名		性别		联系方式
	身份证号			住院地点	
	住院时间	年 月 日 — 年 月 日, 共 天			
	诊断结果				
	申请人(签字):	年 月 日			
开户银行		支行名称		银行账号	
所附材料共____件: <input checked="" type="checkbox"/> 身份证复印件 <input type="checkbox"/> 入院记录(病例首页) <input type="checkbox"/> 出院记录(小结) <input checked="" type="checkbox"/> 疾病证明 <input type="checkbox"/> (病理)检查报告 <input type="checkbox"/> 城镇职工医保结算单(医保报销凭据) <input type="checkbox"/> 住院收费票据 <input type="checkbox"/> 费用明细清单 <input type="checkbox"/> 职工本人银行卡复印件及开户行信息 <input type="checkbox"/> 其它: 。					
职工所在单位信息核对及意见: <p style="text-align: right;">单位(签章) 年 月 日</p>					
办事处(代办点)审核情况: 一、经审核,该职工提供的资料符合申请条件,住院天数:_____, 医疗费用总金额:_____, 基本医疗报销金额:_____, 统筹自付金额:_____, 符合职工医疗互助报销金额:_____。 二、互助金报销: 1、住院医疗(住院+重疾):_____ ; 2、住院津贴(津贴+重疾):_____ ; 3、重大疾病:_____ ; 4、女职工特殊疾病:_____ ; 5、意外伤害:_____。 合计(小写): _____ (大写): 万 仟 佰 拾 元 角 负责人: _____ 经办人: _____ 代办点(签章) 年 月 日					
办事处审核意见(签章): 负责人: _____ 经办人: _____ 年 月 日			省互助中心意见(签章): 负责人: _____ 复核人: _____ 审核人: _____ 年 月 日		
分管领导意见: 年 月 日			备注栏:		