附件4

2022年度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： | | | | | | | | | | | |
| 现在职务及职级： | | | | | | | | | | | |
| 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（签名）：  （工会公章）： | | | | |
| **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： | | | |