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： |