附件1

**黄冈师范学院教职工医疗互助金申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 年龄 | |  | | 所在单位 | |  | | |
| 联系电话 | |  | | | 职工医保号 | | | |  | | | 是否参加互助会 | |  |
| 主要病情 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 本年度住院费用情况 | | 住院起止日期  （月 日—月 日） | | | | | 每次总花费  金额（元） | | | | 医保报销费用（元） | | 自费医药费（元） | |
|  | | | | |  | | | |  | |  | |
|  | | | | |  | | | |  | |  | |
|  | | | | |  | | | |  | |  | |
| 合 计 | | | | |  | | | |  | |  | |
| 本年度特殊慢性病定点门诊费用情况 | | 定点门诊起止日期（月 日—月 日） | | | | | 总费用金额（元） | | | | 医保报销费用（元） | | 自费费用（元） | |
|  | | | | |  | | | |  | |  | |
| 基层工会审批意见 | | 负责人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 基金管理委员会办公室  审批意见 | | 审核测算报销金额： 元  签 字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 基金管理  委员会  终审意见 | | 负责人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |