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 |