衡水市“职工医疗互助”救助金申请审批表

编制单位：　　填表人：　　联系电话：　　年　月　日

职工姓名		性别		身份证号		退休时间	
电子档案编号		困难类别		当期本人捐款额			
家庭住址				本人联系电话			
就业状况		单位性质				所属行业	
工作单位				本人参加医疗互助及一日捐起至时间		年　月 至　年　月	

职工家庭求助人员	姓　名	与职工关　系	身份证号	就业单位、就读学校（年级）名称	居住地居委会名称	备 注

被救助人姓名		救助项目			首诊疾病名称		首　诊医院名称	
		医疗	生活	助学				

年内其它受助情况	
申请救助原因	何年何月因何种病享受过医疗救助

住院医疗费实际发生额及拟救助金额（元）	第一期住院费	第二期住院费	两期住院费合　计	首期拟救助	第二期救助（含首期30％部分）	第三期救助

基层工会审核意见	拟向上级工会申请救助金	大写：　　小写：　　元
	经办人签字： 工会主席签字： 联系电话： （工会章） 年　月　日	

<table>
<tr><td rowspan="2">县级工会审核意见</td><td colspan="2">拟向市总申请补助金</td><td colspan="4">大写：　　小写：　　元</td></tr>
<tr><td colspan="6">经办人签字：　　分管副主席签字：　　常务副主席签字：　　（公章）
年　月　日　　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">市级工会审核意见</td><td colspan="2">本级核发救助金</td><td colspan="4">大写：　　小写：　　元</td></tr>
<tr><td colspan="6">服务中心经办人签字：　　分管副主席签字：　　（公章）
分管财务副主席签字：　　常务副主席签字：　　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">实际领取医疗互助或者一日捐救助金方式</td><td>基层工会代领</td><td>收款单位全称</td><td></td><td>银行账号</td><td></td><td>开户行名　称</td><td></td></tr>
<tr><td>直接拨付被救助人</td><td>被救助人姓名</td><td></td><td>银行账号</td><td></td><td>开户行名　称</td><td></td></tr>
</table>

填表说明：

1、此表由本人和基层及以上工会填写，并按《实施细则》的相关规定提供证明材料。

2、“其它救助情况”：指本人及家庭成员得到本单位及地方医保、工会、民政、教育部门在医疗、生活、就业、子女上学等方面的资助、救助情况。

3、“申请救助原因”：须提供受助人所在单位（居委会、学校）相关证明，以及本人有关证明材料，如户口簿及二级医院的诊断证明、出院结算单和子女就学证明材料原件及其印件；患病情况及各期救助情况等。

4、已经各级工会审核符合条件的，上述各类证明材料复印件连同本表一起入档保管。

5、本表正反面复印。