

职工会员大病救助申报表

基层工会名称						
职工基本情况	姓名		性别		年龄	
	工作单位			联系方式		
	身份证号			银行卡号		
	患病概况 (在相应病种上打√)	1. 恶性肿瘤 2. 急性心肌梗死 3. 脑卒中 4. 重要器官移植 5. 冠状动脉搭桥或支架植入术 6. 终末期肾病(尿毒症) 7. 意外伤害 8. 肝病 9. 脑肿瘤 10. 肺病 11. 白血病 12. 其他疾病				
	个人支付医药费总额(万元)		商业保险、单位二次报销等金额(万元)		实际个人支付医药费总额(万元)	
其他需说明的情况					救助金额(万元)	
审核情况	所属层级	审核人	职务	联系电话	签字	备注
	基层工会					
	区局集团工会					
落实情况	拨款或领取时	拨款人或领取人(签字)		身份证号	联系方式	
基层工会意见 (盖章) 工会主席签字: 年 月 日			区局集团公司工会意见 (盖章) 审核人签字: 年 月 日			

备注：实际个人支付医药费总额(万元)=个人支付医药费总额(万元)-商业保险、单位二次报销等金额(万元)