附件1

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 |  |  | | |  |  |  |
| 落实情况 | 拨款或领取时间 | 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 | | | | | 市残联工会意见  （盖 章）  审核人签字：  年 月 日 | | | |