附件2：

教职工医疗互助金补助审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓　名** |  | **性别** |  | **联系方式** |  |
| **部 门** |  | **在职( 　 )  退休( 　 )** |
| **就医医院** |  | **住院起止日期** |  |
| **个人银行卡号** |  |
| **住院总费用****（元）** |  | **个人自付****金额（元）** |  |
| **补助范围****费用** | 1.门槛费： 元2.部分政策自付费： 元3.统筹段个人比例自付费： 元4.完全政策自付中内置材料： 元自费药费： 元 |
| **核定补助****金额（元)** |  | 经办人 ：年 月 日 |
| 复核人：年 月 日 |
| **互助金****管委会****意见** | 负责人(签字)   年   月 日 |