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 | | | | | | | | |