附件2

杭州市在职职工医疗互助补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*申请人姓名** |  | | **\*性别** | |  | | | **\*联系电话** | | | |  | |
| **\*申请人单位** |  | | | | | **\*身份证号码** | | | |  | | | |
| **申请类型**  请选择申请补助类型在□内打“√” | **1住院和规定病种门诊□** | | | | | 规定病种门诊 □  住院补助 □ | | | | | 自负医疗费合计： | | |
| 分段范围及  补助比例 | 1000元以下（20%） | | 1000-10000元（50%） | | | 10000-15000元（90%） | | 15000-50000元（60%） | | | | **补助金额：** |
| **分段补助** |  | |  | | |  | |  | | | |
| **2重大疾病和住院生活补助□** | | | | | 重大疾病 □  住院生活补助 □  原位癌 □ | | | | | **补助金额：** | | |
| **3女职工特殊疾病 □** | | | | | 6种妇科癌症 □  原位癌 □  子宫全切术 □ | | | | | **补助金额：** | | |
| **\*银行卡**  **开户行** |  | | | | | **\*银行卡账号** | | | |  | | | |
| **基层工会**  **意见（盖章）** | **经办人：**  **年 月 日** | | | | | **市总工会职工服务中心意见** | | | | | **审核人：**  **经办人 ：**  **年 月 日** | | |
| **说明：**1、会职工本人或代办人填写此表，至上城区岳王路3-5号市职工服务中心办理; | | | | | | | | | | | | | |
| 2、打“\*”号部分为必填项目,补助金额和分段补助金额由市总工会职工服务中心填写；  3、务必提供申请人本人银行卡信息，非工商银行卡须填写开户行名称； | | | | | | | | | | | | | |
| 4、办理补助需提交此表1份，基层工会或职工个人如需留存可多提交份数。 | | | | | | | | | | | | | |