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。 |