附件1

职工大病关爱行动帮扶申请审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 出生年月 | 　 |
| 工作单位 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 身份证号码 | 　 | 开户行及银行卡号 | 　 |
| 确诊疾病名称 | 　 | 前十二个月住院治疗费用总金额（元） |  | 前十二个月医疗保险报销资金（元） | 　 |
| 前十二个月职工医疗互助补助资金（元） | 　 | 前十二个月工会帮扶资金（元） | 　 | 前十二个月社会救助资金（元） | 　 |
| 职工住院个人现金自付金额（元） |  |
| 病情及家庭主要情况 | 　 |
| 本人承诺 |  本人不存在《湖南省总工会办公室关于开展第二期职工大病关爱行动的通知》不予补助的有关情形，本人提供的全部信息真实无误，并愿意配合提供相关证明资料。申请人（签名）： 申请日期： 年 月 日 |
| 基层工会核查意见 |  负责人签字： （加盖单位公章） 年 月 日 |
| 上级工会审查意见 |  负责人签字： （加盖单位公章） 年 月 日 |
| 市州总工会/省直机关工会/省总工会困难职工帮扶中心审批意见 |  负责人签字： （加盖单位公章） 年 月 日 |

附件2

职工大病关爱行动拟帮扶对象实名制汇总表

填报单位：（公章） 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 身份证 | 职工单位 | 疾病病种 | 前十二个月住院治疗费用总金额（元） | 前十二个月职工医疗互助已补助金额（元） | 前十二个月工会帮扶资金（元） | 前十二个月社会救助资金（元） | 前十二个月个人自付治疗费用金额（元） | 拟帮扶金额（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |