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） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |