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