附件：

学校教职工住院医疗补助申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 治疗医院及等级 |  | 住院时间 |  |
| 医疗费用总额(元) |  | 统筹基金支付总额(元) |  |
| 医疗大病救助基金支付总额（元） |  | 个人自付金额（元） |  |
| 个人医保账户中单位缴存数（元） |  | 学校补助比例 |  |
| 实际补助金额 |  |
| 后勤管理处审核意见 | 负责人签名: 单位(盖章) 年 月 日 |
| 财务处审核意见 | 经审核，按照学校院政〔 〕 号文件精神，同意给予一次性医疗补助 元。负责人签名: 单位(盖章) 年 月 日 |
| 学校领导审批意见 | 签字: 年 月 日 |