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 | | | | | |