**福建省直机关工会工作委员会**

#### 闽直工会〔2020〕29号

### **福建省直机关工会工委关于印发《第十二期省直机关在职职工医疗互助活动实施办法》的通知**

省直各厅局直属（机关）工会、各基层工会：

　　经省直机关工会工委（以下简称省直工会）研究，并报省委省直机关工委同意，现将《第十二期省直机关在职职工医疗互助活动实施办法》印发给你们，请认真贯彻落实。现将有关事项通知如下：

　　1、第十二期医疗互动活动新增了补助项目，提高了部分补助标准。请各级工会干部认真学习、仔细阅研《实施办法》，熟悉掌握补助的类型、标准、材料、时间等方面的规定和要求，做好补助的申请，确保不漏报、不延误。

　　2、各厅局直属（机关）工会要了解所属基层工会参加医疗互助活动情况，确保全面覆盖。因特殊原因不能参加医疗互助的，请书面向省直工会报告。对无故不参加医疗互助活动的基层工会，将影响评先推优。

　　3、《实施办法》及相关表格在“福建省直机关工会”网站（www.fjszgh.gov.cn）上同步发布，请各级工会广泛宣传，确保广大职工人人知晓。

　　4、未尽事宜，欢迎随时向医疗互助活动中心咨询。联系人：曾杨君（电话：87725227，手机：13960805122），李新春（电话： 87726511，手机：13003827077）。

　　5、对医疗互助工作如有什么意见建议，请随时向省直工会权益部反馈，联系人：刘燕（电话： 87674418，手机：13609561212）

　　福建省直机关工会工委

2020年12月1日

  　　 **第十二期省直机关在职职工**

　  　　**医疗互助活动实施办法**

　　根据省委省直机关工委、省总工会的部署，现就开展“第十二期省直机关在职职工医疗互助活动”（以下简称“医疗互助活动”），制定如下实施办法。

　　第一章  总则

　　**第一条**  开展医疗互助活动必须坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入学习贯彻习近平总书记关于工人阶级和工会工作的重要论述，着力打造党政和工会关怀帮扶职工的特色品牌，激励省直机关广大职工为我省深入实施“十四五”规划、全方位推进高质量发展超越建功立业。

　　**第二条**开展医疗互助活动必须坚持党组织领导、行政支持、工会运作、职工参与的原则，坚持取之职工、用之职工，致力于为患病住院职工提供帮助，切实增强职工的获得感、安全感。

　　第二章  参加的范围和对象

　　**第三条** 参加医疗互助活动的范围为：组织关系隶属于省直工会且按规定缴纳经费的其他基层工会；未向省直工会上缴经费或欠缴经费的基层工会，不列入参加范围。

　　**第四条** 参加医疗互助活动的对象为：各基层工会所在单位的在职干部职工（含各项用工形式的工会会员）。达到或超过法定退休年龄，或已办理退休手续的，不作为参加对象。达到或超过法定退休年龄仍视为在职的，应提供省级或省级以上政策依据，并经主管厅局组织人事部门确认后，方可作为参加对象。

　　第三章  报名的时间和程序

　　**第五条**医疗互助活动从2021年1月1日开始报名， 2021年3月31日前完成；因特殊原因于4月1日之后报名的，有效期同样截止2022年3月31日。由基层工会以团体名义一次性向省直机关在职职工医疗互助活动中心（以下简称医疗互助中心）报名（报名须知见附件1），不得分批报名，不受理个人报名。

　　**第六条**报名时应提供以下材料（光盘版和纸质版）：

　　（一）《第十二期省直机关在职职工医疗互助活动团体报名表》（见附件2，附EXCEL格式光盘版），纸质需经所在工会审核盖章；

　　（二）《第十二期省直机关在职职工医疗互助活动参加人员花名册》（见附件3，附EXCEL格式光盘版）, 纸质需经所在单位或单位组织人事部门审核、盖章。

　　**第七条**医疗互助中心收到完整报名材料后，在10个工作日内完成审核，并将结果反馈给基层工会。

　　第四章  经费的筹集和缴纳

　　**第八条**医疗互助金每人100元，其中基层工会按每人80元标准缴纳互助金，省直工会每人补助20元。基层工会互助金采取职工个人出资、用人单位拨补、工会经费补助等方式进行筹集，其中个人出资不少于20元（80元×25%），具体比例由基层工会自行确定。

　　**第九条**基层工会按医疗互助中心审核同意的人数、标准，一次性将互助金转（存）到指定账户（缴款须知见附件1）。

　　**第十条**互助金缴款后不退款，期满不返还。

　　第五章  活动的期限和权利

　　**第十一条**  医疗互助活动期限为一年（2021年1月1日-3月31日至2022年1月1日-3月31日），从缴款次日零时算起（第十一期期满前缴款的工会，按第十一期期满时间自动延续）。因特殊原因于2021年4月1日之后报名的，同样按每人80元标准缴纳互助金，有效期同样截止2022年3月31日。

　　**第十二条**  在医疗互助活动有效期内，参加活动的职工享有本《实施办法》规定的各项补助。在有效期内退休、调动的，其补助权益自然延续到期满为止。退休、调动的职工申请补助，由其报名时所在工会负责办理。

　　第六章  补助的类型和标准

　　**第十三条** **重大疾病补助。**经二级及以上医院（在国家卫健委官方网站上能查到的二级医院，下同）首次确诊（指以前从未被医疗机构确诊过，下同）患有本《实施办法》所列的其中一种重大疾病（具体见附件6）的，给予一次性补助30000元，其中未发现颈部淋巴结以外转移的甲状腺癌并实施手术治疗的，给予一次性补助10000元。

　　获得重大疾病补助的，不影响其申请单次住院补助及净自付补助。

**第十四条  单次住院补助。**经二级及以上医院确诊患病并住院治疗满1天以上，每天补助100元，最高补助100天。住院天数按出院日期减去入院日期计算。

   **第十五条  单次住院净自付补助。**

　　**（一）**职工单次住院，且同时符合下列条件的，给予净自付补助。（1）职工为福建省省级医保参保人员；（2）在二级及以上医院住院；（3）住院费用结算表中医保费用小计扣除基金支付合计（含商保支付、公务员补助）、大额医疗费用补充保险后（异地就医的另行计算），最终由职工个人实际支付的费用（即净自付）达到3000元以上（含3000元）。

　　（二）补助的标准为：净自付3000─20000元的，给予50%补助；净自付2万以上（不含2万元）的，给予70％补助；最高补助不超过30万元。

　　（三）在非二级及以上医院住院、医保目录外、门诊就医等所产生的医疗费用，不计入净自付范围。

　　**第十六条  死亡慰问补助。**因病或因意外伤害医治（抢救）无效导致死亡的给予一次性补助5000元。如被确定为因公牺牲或被追认为烈士的，另外追加一次性补助5000元。

　　**第十七条  省总工会大病补助。**省总工会大病补助以年为周期（2021年1月1日-12月31日），在有效期内,单次或累计住院费用结算表中医保费用小计扣除基金支付合计（含商保支付、公务员补助）、大额医疗费用补充保险（异地就医的另行计算）、省直工会的住院补助、净自付补助、重大疾病补助、死亡慰问补助后，职工个人净自付仍达到5000元以上（含5000元）的，由本人和所在工会提出申请，经省直工会审核后向省总工会申请大病补助。补助标准按省总工会规定执行。

　　**第十八条**凡有以下所列情况之一的，不给予任何医疗补助。

　　（一）通过伪造、篡改病史以及其他各种欺骗、作弊方式，虚假证明；

　　（二）在二级及以上医院挂床，但实际并未住院的；

　　（三）因违法违纪行为导致住院、死亡的；

　　（四）在二级以下医院住院；

　　（五）一般性健康检查、疗养、特别护理、康复性治疗、物理治疗、心理治疗等医疗行为；

　　（六）整容、美容、矫形、整形、变性、预防性手术以及因此而引起的并发症；

　　（七）不宜给予补助的其他情形。

　　  　　第七章  补助的申请和发放

　　**第十九条**补助金的申请由基层工会为主负责，由医疗互助活动中心统一受理。具体手续由所在基层工会指定专人代办,也可由职工本人直接办理。

　　**第二十条**  申请时限。

　　（一）各类补助金的申请应在出院（或死亡）后60天内提出；因特殊原因不能按时提出申请的，应在出院（或死亡）后60天内由所在基层工会向医疗互助中心提出书面报备，说明原因并明确具体申请时间。超过规定时限且未提出书面报备的，一般不给于补助。

　　（二）确因客观原因造成超过规定时限且未提出书面报备的，应由职工本人提出书面申请，经所在工会集体研究后提出书面意见，报请同级党组织签批盖章同意后，向医疗互助中心提出申请。医疗互助中心审核后认为符合补助条件的，按规定给予补助。

　　（三）申请省总工会大病补助的，可在有效期内随时申请。

　　**第二十一条**申请重大疾病补助金应提供以下材料：

　　（一）填写完整的《第十二期省直机关在职职工医疗互助活动补助申请表》（见附件4），并经所在基层工会审核盖章、主席签名；

　　（二）患病职工本人身份证（提供复印件，原件提交核验）；

　　（三）出院小结、诊断证明、福建省医疗住院收费票据(发票）、福建省省级参保人员住院费用结算表等（使用加盖医院印章的复印件，原件提交核验）；

　　（四）门诊病历、首次确诊检查报告单（如CT、磁共振、B超、心电图、病理切片报告单、血液检验报告单、影像学报告等）原件或复印件加盖医院印章；

　　（五）医疗互助中心认为需要提供的其他资料。

　　**第二十二条**  申请住院和净自付补助应提供以下材料：

　　（一）填写完整的《第十二期省直机关在职职工医疗互助活动补助申请表》（见附件2），并经所在基层工会审核盖章、主席签名；

　　（二）患病职工本人身份证（提供复印件，原件提交核验）；

　　（三）出院小结、诊断证明、福建省医疗住院收费票据（发票）、福建省省级参保人员住院费用结算表等（使用加盖医院印章的复印件，原件提交核验）；

　　（四）医疗互助中心认为需要提供的其他资料。

　　**第二十三条**  申请死亡慰问补助应提供以下材料：

　　（一）填写完整《第十二期省直机关在职职工医疗互助活动补助申请表》（见附件4），并经所在基层工会审核盖章、主席签名；

　　（二）死者身份证（提供复印件，原件提交核验）；

　　（三）死亡证明（提供复印件，原件提交核验）；

　　（四）因公牺牲或被追认为烈士的证明材料（提供复印件，原件提交核验）；

　　（五）医疗互助中心认为需要提供的其他资料。

　　**第二十四条**申请省总工会大病补助需提供以下材料：

　　（一）填写完整的《第十二期省直机关在职职工医疗互助活动省总工会大病补助申请表》（见附件3 ），并经所在基层工会审核盖章、主席签名；

　　（二）患病职工本人身份证（提供复印件，原件提交核验）；

　　（三）本期有效期内历次住院的福建省省级参保人员住院费用结算表（加盖医院印章的复印件，原件提交核验）；

　　（四）省总工会及医疗互助中心认为需要提供的其他资料。

　　**第二十五条**医疗互助中心收到完整有效的申请材料后，一般在15个工作日内完成审核（省总工会大病补助符合条件的，由省直工会先予垫付），并将补助款转入职工个人账户。

　　第八章  活动的实施和管理

　　**第二十六条**医疗互助活动由省直工会统一管理，医疗互助活动中心组织实施，各基层工会分头抓好落实。各基层工会要实行主席负责制，指定专人负责，做好服务工作，切实把好事办好。

　　**第二十七条**省直工会及医疗互助中心要加强对医疗互助经费管理，健全审批制度，确保专款专用。当期结余结转下期滚动使用,不足部分由省直工会全额贴补。医疗互助中心工作经费及人员工资等，全部由省直工会承担，不占用互助金。

　　**第二十八条**省直工会要将互助金经费收支情况纳入上级和本级的审计审查范围，及时通报审计审查结果，接受各方面监督。

　　**第二十九条**省直工会及医疗互助中心要严格执行《省直机关在职职工医疗互助中心工作规范》，弘扬“马上就办”的优良作风，健全落实“一个窗口对外、一次性告知、否定报备、限时办结、到期提醒”五项服务承诺，切实让基层工会和广大职工满意。

　　**第三十条**  省直工会坚持把参加医疗互助活动作为推荐、评选各类先进的重要依据，对无故不参加医疗互助活动的，将不作为先进职工之家的推荐对象。同时，按照省直机关工委的要求，把参加医疗互助活动情况纳入文明单位考核内容。

　　第九章  附则

　　**第三十一条**在医疗互助活动有效期内，省直工会可根据实际情况，就增加补助项目、提高补助标准、特殊情形补助办法等提出补充措施，补充措施自印发之日生效，不溯及以往。

　　**第三十二条**本《实施办法》自印发之日起施行，由省直工会负责解释。

**附件1：**

**第十二期省直机关在职职工医疗互助活动重大疾病病种范围及定义（30种）**

第十二期省直机关在职职工医疗互助活动所指的重大疾病系指参加本期医疗互助活动的职工在定点医院首次确诊患有下列疾病，并符合相应定义。

**1.各种原发性恶性肿瘤（原发性癌症）。**指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

各种原发性恶性肿瘤不包括以下疾病：（1）原位癌；（2）相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；（3）相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；（4）皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；（5）TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌；（6）感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

**2.重大器官移植术或造血干细胞移植术。**重大器官移植术，指因相应器官功能衰竭，已经实施了肾脏、肝脏、心脏或肺脏的异体移植手术。造血干细胞移植术，指因造血功能损害或造血系统恶性肿瘤，已经实施了造血干细胞（包括骨髓造血干细胞、外周血造血干细胞和脐血造血干细胞）的异体移植手术。

**3.终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）。**指双肾功能慢性不可逆性衰竭，达到尿毒症期，经诊断后已经进行了至少90天的规律性透析治疗或实施了肾脏移植手术。

**4.白血病。**指造血组织中的白细胞及幼稚细胞呈肿瘤增殖，白细胞的量和质发生变化，系造血系统的恶性肿瘤。

**5.冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）。**指为治疗严重的冠心病，实际实施了开胸进行的冠状动脉血管旁路移植的手术。冠状动脉支架植入术、心导管球囊扩张术、激光射频技术及其它非开胸的介入手术、腔镜手术不在补助范围。

**6.心脏瓣膜手术。**指为治疗心脏瓣膜疾病，实际实施了开胸进行的心脏瓣膜置换或修复的手术。

**7.主动脉手术。**指为治疗主动脉疾病，实际实施了开胸或开腹进行的切除、置换、修补病损主动脉血管的手术。主动脉指胸主动脉和腹主动脉，不包括胸主动脉和腹主动脉的分支血管。动脉内血管成形术不在补助范围内。

**8.良性脑肿瘤。**指脑的良性肿瘤，已经引起颅内压增高，临床表现为视神经乳头水肿、精神症状、癫痫及运动感觉障碍等，并危及生命。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，并须满足下列至少一项条件：（1）实际实施了开颅进行的脑肿瘤完全切除或部分切除的手术；（2）实际实施了对脑肿瘤进行的放射治疗。脑垂体瘤、脑囊肿、脑血管性疾病不在补助范围内。

**9.侵蚀性葡萄胎（或称恶性葡萄胎）。**指异常增生的绒毛组织浸润性生长浸入子宫肌层或转移至其他器官或组织的葡萄胎，并已经进行化疗或手术治疗的。该类疾病补助仅限于女性。

**10．急性或亚急性重症肝炎。**指因肝炎病毒感染引起肝脏组织弥漫性坏死，导致急性肝功能衰竭，且经血清学或病毒学检查证实，并须满足下列至少2项条件：（1）重度黄疸或黄疸迅速加重；（2）肝性脑病；（3）B超或其它影像学检查显示肝脏体积急速萎缩；（4）肝功能指标进行性恶化。

**11．急性心肌梗塞。**指因冠状动脉阻塞导致的相应区域供血不足造成部分心肌坏死。须满足下列至少三项条件：（1）典型临床表现，例如急性胸痛等；（2）新近的心电图改变提示急性心肌梗塞；（3）心肌酶或肌钙蛋白有诊断意义的升高，或呈符合急性心肌梗塞的动态性变化；（4）发病90天后，经检查证实左心室功能降低，如左心室射血分数低于50%。

**12．脑中风后遗症、脑炎或脑膜炎后遗症、严重脑损伤**。分别指脑血管的突发病变引起脑血管出血、栓塞或梗塞；患脑炎或脑膜炎；以及因头部遭受机械性外力，引起脑重要部位损伤，导致神经系统永久性的功能障碍，指疾病确诊或脑损伤120天后，仍遗留下列一种或一种以上障碍：（1）一肢或一肢以上肢体机能完全丧失；（2）语言能力或咀嚼吞咽能力完全丧失；（3）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。

**13．深度昏迷。**指因疾病或意外伤害导致意识丧失，对外界刺激和体内需求均无反应，昏迷程度按照格拉斯哥昏迷分级（Glasgow coma scale）结果为5分或5分以下，且已经持续使用呼吸机及其它生命维持系统96小时以上。因酗酒或药物滥用导致的深度昏迷不在补助范围内。

**14．慢性肝功能衰竭失代偿期。**指因慢性肝脏疾病导致肝功能衰竭。须满足下列全部条件：（1）持续性黄疸；（2）腹水；（3）肝性脑病；（4）充血性脾肿大伴脾功能亢进或食管胃底静脉曲张。

**15．系统性红斑狼疮并发重度的肾功能损害。**指一种自身免疫性结缔组织病，于体内有大量致病性自身抗体和免疫复合物，造成组织损伤。系统性红斑狼疮的诊断必须经专科医生明确诊断，并须同时满足下列条件：（1）临床表现至少具备下列条件中的4个：①蝶形红斑或盘形红斑；②光敏感；③口鼻腔黏膜溃疡；④非畸形性关节炎或多关节痛；⑤胸膜炎或心包炎；⑥神经系统损伤（癫痫或精神症状）；⑦血象异常（白细胞小于4000/μl或血小板小于100000/μl或溶血性贫血）。（2）检测结果至少具备下列条件中的2个：①抗dsDNA抗体阳性；②抗Sm抗体阳性；③抗核抗体阳性；④皮肤狼疮带试验（非病损部位）或肾活检阳性；⑤C3低于正常值。

**16．严重的原发性心肌病。**指不明原因引起的一类心肌病变，包括原发性扩张型心肌病、原发性肥厚型心肌病及原发性限制型心肌病三种，病变必须已造成事实上心室功能障碍而出现明显的心功能衰竭（指按照美国纽约心脏协会心功能分类标准心功能达四级），且有相关住院医疗记录显示四级心功能衰竭状态持续至少180天。继发于全身性疾病或其它器官系统疾病造成的心肌病变不在补助范围内。

**17．严重的糖尿病（Ⅰ型或Ⅱ型）。**由专科医生明确诊断，并持续性地依赖外源性胰岛素维持180天以上，满足下述至少1个条件：（1）已出现增殖性视网膜病变；（2）须植入心脏起搏器治疗心脏病；（3）因坏疽需切除至少一个脚趾。

**18．重型再生障碍性贫血。**指因骨髓造血功能慢性持续性衰竭导致的贫血、中性粒细胞减少及血小板减少。须满足下列全部条件：（1）骨髓穿刺检查或骨髓活检结果支持诊断；（2）外周血象须具备以下三项条件：①中性粒细胞绝对值≤0.5×109/L；②网织红细胞＜1%；③血小板绝对值≤20×109/L。

**19．严重的多发性硬化。**指因中枢神经系统脱髓鞘而导致的不可逆的身体部位的功能障碍，需由神经科专科医生提供明确诊断，并有CT或核磁共振检查结果诊断报告。不可逆的身体部位功能障碍指诊断为功能障碍后需已经持续180天以上。由神经科专科医生提供的明确诊断必须同时包含下列内容：（1）明确出现因视神经、脑干和脊髓损伤而导致的临床表现；（2）神经系统散在的多部位病变；（3）有明确的上述症状及神经损伤反复恶化、减轻的病史纪录。

**20．肢体缺失。**指因疾病或意外伤害导致肢体自腕关节或踝关节近端（靠近躯干端）以上完全性断离。

**21．双耳失聪。**指因疾病或意外伤害导致双耳听力永久不可逆性丧失，在500赫兹、1000赫兹和2000赫兹语音频率下，平均听阈大于90分贝，且经纯音听力测试、声导抗检测或听觉诱发电位检测等证实。

**22．双目失明。**指因疾病或意外伤害导致双眼视力永久不可逆性丧失，双眼中较好眼须满足下列至少一项条件：（1）眼球缺失或摘除；（2）矫正视力低于0.02（采用国际标准视力表，如果使用其它视力表应进行换算）；（3）视野半径小于5度。

**23．瘫痪。**指因疾病或意外伤害导致两肢或两肢以上肢体机能永久完全丧失。肢体机能永久完全丧失，指疾病确诊180天后或意外伤害发生120天后，每肢三大关节中的两大关节仍然完全僵硬，或不能随意识活动。

**24．严重阿尔茨海默病。**指因大脑进行性、不可逆性改变导致智能严重衰退或丧失，临床表现为明显的认知能力障碍、行为异常和社交能力减退，其日常生活必须持续受到他人监护。须由头颅断层扫描（CT）、核磁共振检查（MRI）或正电子发射断层扫描（PET）等影像学检查证实，且自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。神经官能症和精神疾病不在补助范围内。

**25．严重帕金森病。**是一种中枢神经系统的退行性疾病，临床表现为震颤麻痹、共济失调等。须满足下列全部条件：（1）药物治疗无法控制病情；（2）自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上。继发性帕金森综合征不在补助范围内。

**26．严重Ⅲ度烧伤。**指烧伤程度为Ⅲ度，且Ⅲ度烧伤的面积达到全身体表面积的20％或20％以上。体表面积根据《中国新九分法》计算。

**27．严重原发性肺动脉高压。**指不明原因的肺动脉压力持续性增高，进行性发展而导致的慢性疾病，已经造成永久不可逆性的体力活动能力受限，达到美国纽约心脏病学会心功能状态分级IV级，且静息状态下肺动脉平均压超过30mmHg。

**28．严重运动神经元病。**是一组中枢神经系统运动神经元的进行性变性疾病，包括进行性脊肌萎缩症、进行性延髓麻痹症、原发性侧索硬化症、肌萎缩性侧索硬化症。须满足自主生活能力完全丧失，无法独立完成六项基本日常生活活动中的三项或三项以上的条件。

**29．语言能力丧失。**指因疾病或意外伤害导致完全丧失语言能力，经过积极治疗至少10个月（声带完全切除不受此时间限制），仍无法通过现有医疗手段恢复。精神心理因素所致的语言能力丧失不在补助范围内。

**30．持续昏迷状态（持续植物状态）。**指因疾病或颅脑外伤导致长期意识障碍，机体仅保留一些本能性的神经反射及进行物质代谢的能力。其认知能力（包括对自我存在的认知）完全丧失，无任何主动活动。疾病确诊或脑外伤8个月后，并满足下列5种条件：①随意运动丧失；②不具有意识、感知、思维能力；③无主动饮食能力；④大小便失禁；⑤脑电图呈平坦，或出现静息电位，或呈杂散波形等。

**附件2**：

**第十二期省直机关在职职工**

**医疗互助活动补助申请表**

 **编号： 工会名称（盖章）： 参加互助活动时间：2021年 4月 1日起到2022 年3 月31 日止**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人情况 | 姓名：　　 性别：　 身份证号： 职级（厅、处、科级等）： |
| 疾病名称： | 确诊医院： | 医院等级： | 确诊时间：　　年　月　日 |
| 住院时间：　　年　月　日　时至　　年　月　日　时 | 住院天数 |  |
| 住址： | 联系电话： |
| 银行帐号： 开户行名称：  |
| 所在工会意见 |   工会主席（签章）：  | 工会工作人员 | 姓 名：联系电话： |
| **以下由医疗互助活动中心填写** |
| 医保费用小 计 | 元 | 基金支付合 计 | 元 | 净自付 | 元 |
| 本次给予补助金 额 | 住 院补助金 | 元 | 单次住院净自付补助金 | 元 |
| 重大疾病补助金 | 元 | 死 亡慰问金 | 元 |
| 合计（大写）： ￥： 元 |
| 审核情况 | 初核（经办）： 签名：  | 审核（医学）：  签名：  |
| 复核（财务）： | 中心主任意见： | 省直工会主席意见： |

**附件3：**

**第十二期省直机关在职职工**

**医疗互助活动省总工会大病补助申请表**

**编号：申请单位（工会公章）参加医疗互助时间：2021年4月1日至2022年3月31日**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人情况 | 姓名：　　 性别： 身份证号： 职级（厅、处、科级等）：  |
| 疾病名称： | 住院次数： |
| 累计天数： |
| 家庭住址： | 联系电话： |
| 银行卡帐号： 开户行名称： |
| 所在工会意见 | 工会主席（签章）：  | 工会工作人员 | 姓 名：联系电话： |
| **以下由医疗互助活动中心填写** |
| 医疗费用总　　额 | 元 | 医保费用小　　计 | 元 | 基金支付合计 | 元 |
| 省直工会补助金额 |  | 最终净自付 |  元 |
| 省总工会补助金额 | 大写： ￥： 元 |
| 初核（经办）：  | 审核（医学）： | 复核（财务）：  |
| 中心主任意见： | 省直工会主席意见： |