|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |   | 身份证号码 |   |
| 工作单位 |   | 联系电话 |   |
| 家庭住址 |  |
| 病案姓名 |   | 病案人身份证号码 |   |
| 申请内容 | **一、患者与申请人关系：**本人□ 配偶□ 未成年子女□ 父亲□ 母亲□ |
| **二、申请情况简述**患者于 年 月 日经 医院确诊为 病，住院 天，共支付医疗费（以住院费用单据为准） 元。申请救助原因：□十五种重大疾病 □十五种重大疾病以外 □非工伤意外伤害2024年第十三期“职工医疗互助”活动捐款 元。申请人声明：本人承诺所提供材料真实有效，本病案没有重复申请救助。 捐款职工签名（申请人）： 年 月 日 |
| **三、所需材料：**1、申请审批表2张，职工身份证复印件1张（正反面复印，照片打印无效），患者身份证复印件1张，申请人建行卡复印件1张；2、单位证明、直系父母患病申请救助需提供单位出具的家庭关系证明。3、配偶患病申请救助需提供结婚证复印件。4、已满18周岁，但尚就读于正规全日制学校的需提供有效学生证、学校（院、系）证明等资料。5、住院病案（医院病案室复印，包括病案首页、出院记录、入院记录、手术记录、病理报告、与首次确诊相关检查报告等）、医院诊断证明、住院费单据原件**（复印件加盖医保留存章）**。 |
| 基层工会审核意见：以上内容已经过五个工作日公示，无异议，同意上报。工会主席签字（盖章）：  年 月 日  | 县总工会审核意见：根据材料审核，符合 病；建议救助 元； 审核签字：职工服务中心签字： 主管副主席审批签字：常务副主席审批签字： |
| 上级主管单位审核意见：以上内容经审核，同意上报。（如无上级主管单位，同上，由基层工会签字盖章） 工会主席签字（盖章）：  年 月 日  |

邢台市柏乡县总工会2024年度“职工医疗互助”申请审批表

**单位证明**

柏乡县总工会：

我单位职工 ，参加了2024年第十三期“职工医疗互助”活动，捐款 元。

患者 （本人、父亲、母亲、配偶、未成年子女）于 年 月 日经 医院确诊为 病，总医疗费支出达 万元。

经过在单位公示5个工作日无异议，特此证明。

 单位（盖章）

 年 月 日

**关于家庭关系的证明**

柏乡县总工会：

xx省xx市xx县xx村xx，身份证号码xxx，联系电话xx与xx省xx市xx单位xx，身份证号码xxx，联系电话xx，是直系xx关系。特此证明。

负责人签字：

联系电话：

单位（盖章）

 年 月 日

**附件：**

说明

1、申请审批表2张，职工身份证复印件1张（正反面复印，照片打印无效），患者身份证复印件1张，申请人建行卡复印件1张；

2、单位证明、直系父母患病申请救助需提供单位出具的家庭关系证明。

3、配偶患病申请救助需提供结婚证复印件。

4、已满18周岁，但尚就读于正规全日制学校的需提供有效学生证、学校（院、系）证明等资料。

5、住院病案（医院病案室复印，包括病案首页、出院记录、入院记录、手术记录、病理报告、与首次确诊相关检查报告等）、医院诊断证明、住院费单据原件**（复印件加盖医保留存章）**。