东北林业大学职工医疗补助基金申请表

编号：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>在岗情况</td><td>在职 、退休</td></tr>
<tr><td>申报类别</td><td colspan="3"></td><td>所在单位</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>银行卡号码</td><td colspan="3"></td><td>银行卡开户行名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>住院费用</td><td colspan="7">个人支付总金额 ①:　　票据张数:</td></tr>
<tr><td>门诊费用</td><td colspan="7">个人支付总金额 ②:　　票据张数:</td></tr>
<tr><td>生育费用</td><td colspan="7">个人支付总金额 ③:　　票据张数:</td></tr>
<tr><td colspan="8">个人申请（病情、治疗情况等）:

申请人签字:
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">所在单位意见:</td><td colspan="6">负责人签字（公章）:
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">医疗补助基金
管理委员会意见:</td><td colspan="3">补助金额:</td><td colspan="3" rowspan="3">负责人签字（公章）:
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">票据张数:</td></tr>
<tr><td colspan="3">审核人签字:</td></tr>
</table>

注：　1、申报类别包括:（1）住院费用　（2）门诊费用（3）工（公）伤人员、职业病患者

（4）国家“五一”劳动奖章获得者、省级以上劳动模范、哈尔滨市劳动模范

（5）生育费用。

2、门诊治疗须提供就诊手册、财务票据、费用明细单;

住院治疗须提供财务票据、省直医疗保险住院费用明细表（含自付比例）、住院结算概要、住院病案首页;

生育报销须提供财务票据、住院病案首页、出生证明复印件。