附件 1

# 职工大病关爱行动申请帮扶审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | 开户行及银行卡号 |  |
| 确诊疾病名称 |  | 家庭人均收入（元） |  | 住院治疗费用总支出（元） |  |
| 医疗保险报销资金（元） |  | 职工医疗互助补助资金（元） |  | 社会救助资 金（元） |  |
| 病情及家庭主要情况 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人承诺 | 本人不存在《湖南省总工会办公室关于开展职工大病关爱行动的通知》不予补助的有关情形，本人提供的全部信息真实无误，并愿意配合提供相关证明资料。申请人（签名）： 年 月 日 |
| 基层工会核查意见 | （公章+负责人签字）：年 月 日 |
| 上级工会审查意见 | （公章+负责人签字）：年 月 日 |
| 市州总工会/ 省直机关工会/省总工会困难职工帮扶中心审批意见 | （公章+负责人签字）：年 月 日 |

附件 2

# 职工大病关爱行动拟帮扶对象实名制汇总表

填报单位：（公章） 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 身份证 | 职工单位 | 疾病病种 | 前十二个月医疗互助已补助金额 | 前十二个月个人自付治疗费用金额 | 拟帮扶金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |