新发恶性肿瘤补助申请表（表一）

编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 单 位 |  |
| 姓 名 |  | 年龄 |  | 性别 |  |
| 主要病因 |  |
| 患病日期 |  |
| 是否放化疗 |  |
| 学校工会审核金额 |  | 学校工会主席签名 |  |
| 审核人签名 |  |

（公章）： 申请日期：

历年恶性肿瘤补助申请表（表二）

编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 单 位 |  |
| 姓 名 |  | 年龄 |  | 性别 |  |
| 主要病因 |  |
| 患病日期 |  |
| 学校工会审核金额 |  | 学校工会主席签名 |  |
| 审核人签名 |  |

（公章）： 申请日期：

门、急诊医疗补助申请表（表三）

编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 单 位 |  |
| 姓 名 |  | 年龄 |  | 性别 |  |
| 主要病因 |  |
| 自负段支付金额 |  |
| 共负段支付金额 | ①1元—2500元，按70%补助，补助金额 元②2501元—5000元，按80%补助,补助金额 元③5000元以上，按90%补助，补助金额 元 |
| 学校工会审核金额 |  | 学校工会主席签名 |  |
| 审核人签名 |  |

（公章）： 申请日期：

住院共负补助申请表（表四）

 编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 单 位 |  |
| 姓 名 |  | 年龄 |  | 性别 |  |
| 主要病因 |  |
| 住院日期 |  | 住院天数 |  |
| 市总保障报销金额 |  |
| 学校工会审核金额 |  | 学校工会主席签名 |  |
| 审核人签名 |  |

（公章）： 申请日期：

女职工生育补助申请表（表五）

编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 单 位 |  |
| 姓 名 |  | 年龄 |  | 性别 |  |
| 生育日期 |  |
| 学校工会主席签名 |  |
| 审核金额 |  | 审核人签名 |  |

（公章）： 申请日期：

住院手术护理费补助申请表（表六）

编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 单 位 |  |
| 姓 名 |  | 年 龄 |  | 性 别 |  |
| 主要病因 |  |
| 住院日期（ 月 日至 月 日） |  | 住院天数 |  |
| 学校工会审核金额 |  | 学校工会主席签名 |  |
| 审核人签名 |  |

（公章）： 申请日期：

医疗帮困金申请表（病故）（表七）

编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 单 位 |  |
| 姓 名 |  | 年龄 |  | 性别 |  |
| 参加工作时间 |  |
| 家庭地址 |  |
| 学校工会主席签名 |  |
| 审核金额 |  |
| 审核人签名 |  |

（公章）： 申请日期：