附件

福建师范大学教职工重大疾病医疗补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | | 出生年月 |  | |
| 所在单位 | |  | | 参加工作  时间 |  | | 职称、职务 |  | |
| 工资年收入 | |  | | 岗位津贴  年标准 |  | | 其它收入 |  | |
| 家庭年总收入 | |  | | | | | 人均生活费 |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | | 家庭电话 |  | |
| 本人银行卡号 | |  | | | | | | | |
| 家庭  成员  经济  情况 | 姓 名 | 关系 | 个人收入  情  况 | | | 健康情况 | 工 作 单 位 | | 住  址 |
|  |  |  | | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | |  |
| 患何种重大疾病住院 | |  | | | | | 一年内累计住院次数 | |  |
| 一年内住院治疗总费用 | |  | | | | | | | |
| 医保范围内个人累计自付总费用（****只包括医保目录内****的药品、诊疗项目及医用材料等，****不包括目录外****辅助治疗用药、营养制剂、医用高值材料、医技检查、会诊费、床位费、护理费等。） | |  | | | | | | | |
| 因患重大疾病治疗所必须的、且目录内无替代产品的医保目录外药品、全血、成份血等医疗费用 | |  | | | | | | | |
| 申请材料  真实性承诺 | | 申请人签名：                                        年   月   日 | | | | | | | |
| 所在单位  审查意见 | | 签名：（盖章）                                        年   月  日 | | | | | | | |
| 校医疗补助金工作小组审批意见 | | 1、材料审核情况：    2、给予补助金额：      万      仟      佰      拾      元     角     分(￥             ）   签名：（盖章）                    年   月   日 | | | | | | | |

****备注：****1.申请人应如实填报表格中的相关内容，并附上国家二级甲等以上医院的诊断、出院小结、发票和福建省基本医疗保险参保职工住院费用结算单等证明材料（可用复印件）；证明材料须按上述顺序装订，不同次数的住院材料应分开装

订。

2.所在单位应对申请人填报的情况及提供的材料进行认真核实。

   3.本表一式二份，一份留存医疗补助金工作小组办公室，一份交校医院。