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。