

晋中市职工大病医疗互助补偿金审批表

基层工会审核填写

申请人姓名	性 别	年 龄	申请人所在单位		
身份证号码			联系电话		
会员证号			医院名称		
出院时间		住院原因		医疗总费用	
基层工会意见（盖章）： 工会主席签字： 年 月 日			上级工会意见（盖章）： 工会主席签字： 年 月 日		

职工大病医疗互助中心审核填写

医保统筹支付或其他支付				
统 筹 金 额				
按 10%标准补偿费用				
扣除 2%（非工会会员）				
实际领取补偿总额	合计： 大写： 万 仟 佰 拾 元			
经办人	复核人	医疗专业审核	负责人	分管主席
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

说明：此表一式四份，要求字迹清晰，不得涂改，不得复印。

晋中市职工服务中心