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 | | | |  | | |
| 区教育工会  审核金额 |  | | 审核人签名 | | | |  | | |
| 区教育工会审核意见: | | | | | | | | | |

申请单位（公章）： 申请日期：