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：