门、急诊医疗补助申请表（表三）

编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 单 位 |  |
| 姓 名 |  | 年龄 |  | 性别 |  |
| 主要病因 |  |
| 自负段支付金额 |  |
| 共负段支付金额 | ①1元——2500元，按70%补助，金额 元②2501元——5000元，按80%补助 元③5000元以上，按90%补助，金额 元 |
| 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：