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 | 1500-300=1200元 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 单位工会  审核金额 | 元 | | 单位工会  主席签名 | | |  | |
| 审核人签名 |  | | 单位行政  领导签名 | | |  | |
|  | | | | | | | |

申请日期：