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 | 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：