

附件 2

## 海南省工会第二期职工医疗互助活动团体申请表

申请单位名称			经办人	
申请单位地址			电 话	
在职职工总数	参加职工人数		交费标准	每人 元
集体申请	本期参加_____人。其姓名、年龄、身份证号见参加互助活动人员花名册。			
缴费总金额	人民币大写：¥ 万 仟 佰 拾元整		人民币小写：¥	元
有效期	自 年 月 日至 年 月 日			
备 注	交款时间： 年 月 日			

申请单位：

复核：

海南省工会职工医疗互助活动办公室

(盖章)

(盖章)

附件 3

# 海南省工会第二期职工医疗互助活动参加人员花名册

填报单位（盖章）：

金额：（元）

序号	单位	姓名	性别	出生年月	身份证号码	工会会员服务卡账号	手机号码
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

## 附件4

## 海南省工会职工医疗互助补助金申请审批表

单位名称		联系人		联系电话	
申请人姓名		性别		申请人电话	
身份证号码		住址			
工会会员服务卡 (大海惠工卡)账号		申请次数	第二期第 次		
申请原因	本人因 _____ 于 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日在 _____ 医院住院 _____ 天, 费用总计 _____ 元, 其中, 个人自付 (扣除全自费费用后) _____ 元。(附单据张数: _____ 张) 申请人(签章): _____ 年 月 日				
所在单位 工会意见	负责: _____ 年 月 日 签章: _____ 年 月 日				
市县产业 (系统)及 直属基层 工会意见	经审核, 该被保障人提供资料符合申请条件, 自付金额 _____ 元, 补助比例 _____ %, 可享受医疗互助补助费 _____ 元。 经办人: _____ 年 月 日			审批人: _____ 年 月 日	
省工会职工 医疗互助 活动管理 委员会 意见	经审核, 该被保障人提供资料符合申请条件, 自付金额 _____ 元, 补助比例 _____ %, 可享受医疗互助补助费 _____ 元。 经办人: _____ 年 月 日			审批人: _____ 年 月 日	
补助金额人民币大写: _____ 万 仟 佰 拾 元 角 分 小写 ¥: _____					

说明: 申请补助金请按照互助活动管理办法和当期实施细则的有关规定提交相关材料和证明, 手续不完备不受理。

