附件6

南通市困难职工大病救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工 姓名 |  | | 身份证号 | |  | | | | | 性别 | | | 联系电话 | | 困难证号 |
|  | | |  | |  |
| 家庭住址 | | | | | | | | 患者与申请人的关系 | | 患者姓名 | | | 身份证号 | | |
|  | | | | | | | |  | |  | | |  | | |
| 疾病类型 | | 患病年份 | | | | 上年度9月至本年度8月医疗费用（元） | | | | | | | | | |
| 患者费用总额 | | | 患者自负费用 | 家庭医疗费用总额 | | | | 家庭自负费用 | |
|  | |  | | | |  | | |  |  | | | |  | |
| 家庭成员情况 | 姓名 | 关系 | | 身份证号 | | | | | 工作单位或学校 | | 健康状况 | | | | 医保类型 |
|  |  | |  | | | | |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | | |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | | |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | | |  | |  | | | |  |
|  |  | |  | | | | |  | |  | | | |  |
| 主要  困难  情况 | 申请人签字： 日期： | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在单位初审意见 | | | | | | | 中间层次工会复核意见 | | | | | 市总工会审批意见 | | | |
| 审核人（签字）：  申请人单位工会（盖章）  日期： | | | | | | | 审核人（签字）：  工会（盖章）  日期： | | | | | 公章  日期： | | | |