

新郑市困难职工帮扶中心

困难职工医疗救助申请表

申请人姓名			性别		年龄	
居 住 地 址						
工 作 单 位					联系电话	
对 象 类 别	困难职工			身份证号码		
	医保		无医保			
疾 病 名 称				总支出 费用(元)		
医 保 支 付 金额(元)				其他帮扶 或减免金 额（元）		自付金额 （元）
帮扶中心本次救助金额（元）						
家 庭 成 员 简 况	姓 名	称谓	工 作 单 位			月收入(元)
申请事由						
基层工会意见				帮扶中心意见		
年 月 日				年 月 日		

备注：帮扶中心救助金额由帮扶中心填写，基层工会主席需签署意见并加盖工会公章。