

附件 1:

省直机关事业单位工作人员大病医疗救助审批表

编号:

申请时间:

年 月 日

申请人姓名		性别		年龄		本人月工资收入	
所在单位名称				职务			
单位联系人				单位联系电话		本人联系电话	
家庭详细住址				身份证号及医保卡号			
家庭成员情况	姓名	与申请人关系	年龄	所在单位及职务		月工资收入	
所患疾病名称				治疗所在医院名称			
医疗总费用(元)		基本医疗保险统筹基金支付费用(元)		公务员医疗补助费用(元)		大额医疗费用补充保险支付费用(元)	
符合基本医疗保险规定的个人负担医疗费用(元)				基本医疗保险规定以外的个人负担医疗费用(元)			