广西职工医疗互助保障活动住院补助申请表

审批编号： 受理申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 社会保障卡号 |  | 联系电话 |  |
| 开户行 |  | 银行户名 |  |
| 银行账号 |  |
| **以上内容由申请人填写** |  |  |  |
| 保障期限 |  | 入院时间 |  | 出院时间 |  |  | 出院时间 |  |
| 附单据凭证张数 |  | 第 次申请补助 |
| **补助金审批区** |
| 住院总费用 | 补助基数 | 补助比例 | 补助金额 |
|  |  |  |  |
| 经办人（签字）： | 复核人（签字）： |
| 经办机构负责人（签字）： | 审批人（签字）：年 月 日 |

互助保障活动经办机构（盖章）