光明初级中学门、急诊医疗补助申请表

编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 年龄 |  | 性别 |  |
| 主要病因 |  |
| 自负段支付金额 |  |
| 共负段支付金额 | 1. 1元—2500元，按70%补助，补助金额 元
2. 2501元—5000元，按80%补助，补助金额 元
3. 5000元以上，按90%补助，补助金额 元
 |
| 工会医疗补助负责人审核金额 |   |
| 工会医疗补助负责人审核签名 |  |
| 工会委员会审核意见:工会主席签名： |

工会（公章）： 申请日期：