

四川农业大学工会委员会文件

校工发〔2023〕42号

关于申请2023年“教职工医疗帮扶金”的通知

各分会：

为完善学校教职工帮扶长效机制，切实为教职工排忧解难，经研究，拟继续对学校教职工本人因罹患重大疾病或受人身意外伤害，享受职工基本医疗保险报销后，个人自付费用年度累计超过1万元的部分，按一定金额给予医疗帮扶金。现就有关事宜通知如下：

一、申请对象

全校在职教职工和在编离退休教职工。

二、申请条件

- 时间范围：2022年12月9日至2023年12月8日。
- 教职工本人罹患重大疾病或受人身意外伤害住院治疗（含特殊门诊），享受职工基本医疗保险（含大病保险、补充医疗保险）报销以后，个人自付费用年度累计超过1万元的。

三、工作要求

请各分会高度重视，务必通知到本单位符合条件的每一

位教职工，且对教职工提供的相关材料严格审核把关，确保材料的真实性，并于2023年12月8日前由分会统一将《四川农业大学教职工医疗帮扶金申请表》(附件1)、《四川农业大学教职工医疗帮扶金申请汇总表》(附件2)及相关资料纸质版交各校区工会办公室；电子版材料(附件2)发邮箱477313193@qq.com。

联系人:黎雪莲,联系电话:15181234717、0835-2885969,QQ邮箱:477313193@qq.com。

附件1:四川农业大学教职工医疗帮扶金申请表

附件2:四川农业大学教职工医疗帮扶金申请汇总表

四川农业大学工会委员会

2023年11月27日



附件 1:

四川农业大学教职工医疗帮扶金申请表

单位		姓 名		性别		出生 年月	
联系电话		人员类别				工资编号	
家庭住址							
申请理由	患病名称		住院时间		医疗费用		自付费用
			—				
			—				
			—				
			—				
合计							
申请人承诺	<p>本人向四川农业大学教职工医疗帮扶工作组提供的申请材料真实可靠，无虚假行为，并对所提供的材料承担一切责任。</p> <p>申请人（签字）：_____ 年 月 日</p>						
所在单位意见	<p>负责人（签章）：_____ 年 月 日</p>						
工作组审批意见	<p>经审核，拟补助申请人医疗帮扶金 _____ 元。</p> <p>负责人（签名）：_____ 年 月 日</p>						

注：提供医疗机构出具的病历/出院证明、病理报告、住院费用结算票据、自付药费单据、医疗收费凭证等相关资料（复印件需加盖医院公章）。

附件 2:

四川农业大学教职工医疗帮扶金申请汇总表

填报单位 (盖章):

填报人:

联系电话:

序号	姓名	性别	出生年月	工资编号	人员类别	患病名称	累计医疗费用(元)	累计自付金额(元)	备注

注: 人员类别填在编在岗、合同制助理、合同制工勤、离退休。