附件4

杭州市企（事）业在职工职工医疗互助普通门诊结报表

单位： （盖章） 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 自负医疗费金额（元） | 规定补助金额（元） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本单位合计总补助金（元）: | | | |
| 区、产业（局、公司）工会核定补助金（元）：  经办人： 年 月 日（盖章） | | | |
| 市职工服务中心审核意见：  市职工服务中心核准补助金（元）： 经办人： | | | |

注：1、各单位可根据普通门诊人数调整表格，表格一式三份，区、产业（局、公司），市职工服务中心和市总会计结算中心各留存一份；

2、自负医疗费金额一栏可按实施办法中规定的定额补助段费用填写，如超过3000就填写3000元以上，超过5000元就填写5000元以上，超过10000元就填写10000元以上；

3、规定补助金额一栏按3000以上填写500元，5000元以上填写800元，10000元以上填写1200元。