**中国海洋大学退休教职工医疗补助金申请核算表**

**编号：**

|  |
| --- |
| **基本信息（一）** |
| 工资号 | 　 | 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 原退休单位 |  |
| 联系电话 | 1. 2. 3.
 |
| 住址 |  |
| **基本病情及有关证明材料（二）** |
| 患病情况 | **需携带证明材料** |
|  该退休教职工自 年 月 日 至 年 月 日 因 在 （医院）接受治疗  | **1.身份证及复印件一份**  |
| 1. **医院结算单原件及复印件一份**
 |
| 备注： |
| **给付计算与金额（三）（以下由工作人员填写）** |
| 个人负担合计 | 　 | 备 注 |  |
| 计算公式 | 序号 |  补助基数 | 补助比例 | 补助公式 |
| 1 | 　 住院起付线（首次补助） | 　 | 150　 |
| 2 | 　 | 18% |  |
| 3 |  | 22.5% |  |
| 实付金额 | 　 |
| 核算人 |  | 审核人 |  |

咨询电话：82032201。