附件2

个人支付医疗费明细表

会员姓名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 票据日期 | 个人支付金额（元） | |
| 1 |  |  | |
| 2 |  |  | |
| 3 |  |  | |
| 4 |  |  | |
| 5 |  |  | |
| 6 |  |  | |
| 7 |  |  | |
| 8 |  |  | |
| 9 |  |  | |
| …… |  |  | |
| 个人支付金额合计： | |  | |
| 单位二次报销金额： 元 | | | |
| 职工互助保障报销金额： 元 | | | |
| 实际个人支付医药费金额： 元 | | | |
| 会员本人或其配偶、子女签字：  年 月 日 | | | （工会盖章）  年 月 日 |

注：1.医药费原始单据日期限定在求助之日前12个月；挂号费单据不计入。

2.“实际个人支付医药费金额”等于“个人支付金额合计”减去“单位二次报销金额、职工互助保障报销金额”。