附件2

在职会员医疗情况调查汇总表

填报部门（盖章） 填报时间： 年 月 日

1.本分工会在职会员 人，其中，2020年度曾经因病、意外伤害在医保定点医院住院在职会员 人。

2.住院在职会员中，累计住院天数在30天以内、31-60天、61-100天、100天以上的会员人数分别为 人、 人、 人、 人。

3.住院在职会员中，累计住院医疗费用总额在2万元（含）以下、2-5万元（含）、5-10万元（含）、10-20万元（含）、20万元以上的会员人数分别为 人、 人、 人、 人、 人。

4.住院在职会员中，累计净自付住院医疗费用总额在1万元（含）以下、1-2万元（含）、2-5万元（含）、5-10万元（含）、10-20万元（含）、20万元以上的会员人数分别为 人、 人、 人、 人、

人、 人。

5.除基本医疗保险外，本单位现有的其他补充医疗保障政策情况。

6.本单位会员对在职会员医疗互助活动的情况统计及意见建议。