**南京中医药大学教职工大病医疗互助金补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申**  **请**  **人**  **填**  **写** | 部门（学院） | | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 工资号 |
|  | |  |  |  |  |
| 人员类别 | 在职□ 退休□ 离休□ | | | 联系电话 |  |
| 是否初次申请补助 | 是□ 否□ | | 上次补助时间 | | 年 |
| 疾病诊断 |  | | 治疗方式 | | 急诊□ |
|  | | 门诊□ |
|  | | 住院□ |
| 全年校公费医疗范围内  个人自付医疗费(元) | | |  | | |
| 申请人(代办人)签字 | | | 年 月 日 | | |
| **互**  **助**  **委**  **员**  **会**  **填**  **写** | 拟补助金额(元) | | |  | | |
| 互助会管理委员会  审批意见 | | | (签字盖章)  年 月 日 | | |