**江苏第二师范学院教职工大病医疗互助金补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单 位** |  | **受助人** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  |
| **联系****电话** |  | **家庭住址** |  |
| **申请理由** | **病 名** |  | **医疗费附****件数** |  **张** |
| **累计公费医疗个人承担费用** |  **元** | **累计自费药品、器械费用** |  **元** |
| **其它理由** |  | **申请人（签名）** |  |
| **部门工会意见** |  部门工会主席（签名） 年 月 日 |
| **院卫生所审核意见** | 受助人 因患 病，经院卫生所同意院外治疗。经审核， 年度，累计公费医疗个人承担费用 元，必须使用的自费药品、器械费用 元。审核人（签名） 院卫生所（盖章） 年 月 日 |
| **互助金管理委员会办公室意见** | 根据《江苏教育学院教职工大病医疗互助办法（试行）》的规定，经复核，拟补助受助人 公费医疗个人承担费用 元，必须使用的自费药品、器械费用 元。办公室负责人（签名）年 月 日 |
| **互助金管理委员会审批意见** | 根据教职工大病医疗互助基金管理委员会 年 月 日会议审核决定，同意补助受助人 公费医疗个人承担费用 元，必须使用的自费药品、器械费用 元。合计补助金额（大写） 元。 管委会主任（签名） 年 月 日 |