**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 | | | | | | | | | |