**大病医疗互助金补助申请表**

申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 部门 |  | | | | 联系电话 |  |
| 工资卡开户行： 工资银行卡姓名：  工资银行卡帐号： 教职工工号: | | | | | | |
| 医疗保障性质 □公费 □社保 | | | | | | |
| 住院  （门诊）  情况 | | 诊 断 | | | 住院时间（月、日—月、日） | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
| 全年医疗  费用（元） | | 发票金额： | | | | |
| 可报销范围的自付金额： | | | | |
| 拟补助基数  (超过4000元的自付金额) | |  | | | | |
| 审  核  意  见 | | 管委会主任签字  年 月 日 | | | | |

制表：南京医科大学教职工大病医疗互助会管委会