**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