**长春光机所职工大病医疗互助基金申请表**

附表1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别  |  | 年龄 |  | 所在部门 |   |
| 人员类别 | □在职 □退休 □研究生 | 联系电话 |   |
| 确诊医院 |    | 确诊病名 |   |
| 住院自付费用 | 住院起止日期（ 年 月 日-- 年 月 日） | 自付总额（单位：元） | 扣除自费医疗项目和丙类费用后的自付金额（单位：元） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 家庭成员情况 | 姓 名 | 关系 | 健康状况 | 工作单位 | 联系电话 |
|   |   |   |   |  |
|   |   |    |  、  |  |
| 申请补助理由 |        申请人签名： 年 月 日 |
| 拟补助金 额 |  （由补助审查组填写） |
| 所在部门审查意见 | 签名：（盖章） 年 月 日 | 人事处或研究生部审查意见 |    签名：（盖章） 年 月 日  |
| 卫生所审查意见 | 签名：（盖章） 年 月 日 | 补助审查组审查意见 | 签名：（盖章） 年 月 日 |
| 基金管理委员会审查意见 | 签名： （盖章） 年 月 日 |