**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 | | | | |
| 离退中心医疗组审查意见 | 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 | | | | | | | | | | |