|  |
| --- |
| 南京审计大学教职工大病医疗互助金补助申请表 |
| **申 请 人 填 写** | 单 位 | 姓 名 | 性别 | 年 龄 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
| 人 员 类 别 | 在职 退休 雇员 |
| 是否初次申请补助 | 是 否 | 上次补助时间 | 年 |
| 银行卡号 |  |
| 疾病诊断及治疗情况： （申请人签字） 年 月 日 |
| **单位意见** |  （签字盖章）年 月 日 |
| **以 下 内 容 由 互 助 委 员 会 填 写** |
| **互助委员会填写** | 共 用 金 额 | ￥ | (大写) 拾万 万 仟 佰 拾 元 |
| 自 付金 额 | 校公费范围内 | ￥ | (大写) 拾万 万 仟 佰 拾 元 |
| 校公费范围外 | ￥ | (大写) 拾万 万 仟 佰 拾 元 |
| **合 计** | **￥** | **(大写) 拾万 万 仟 佰 拾 元** |
| 拟补助金 额 | 校公费范围内 | ￥ | (大写) 拾万 万 仟 佰 拾 元 |
| 校公费范围外 | ￥ | (大写) 拾万 万 仟 佰 拾 元 |
| **合 计** | **￥** | **(大写) 拾万 万 仟 佰 拾 元** |
| 互助委员会意见：  （盖章）年 月 日 |
| **注: 1、请申请人于元月10日前将该申请表(一式两份)及补助材料交至校医保中心办公室。**  **2、联系电话请尽量填写手机号码，以便工作人员联系。** |