|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。** | | | | | | | | | | |