江苏大学教职工大病医疗互助基金补助申请表

（线下申请使用）

所在单位盖章： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 申请补助人信息 | 姓名： 性别： 年龄： 一卡通号： 联系方式： 疾病诊断： 健康状况： 医疗金额￥： 大写： 自费金额￥： 大写： 申请人（签字）： |
| 代办人信息 | 姓名： 与申请补助人关系： 联系方式：  |
| 职工医院审核 | 总自费金额￥： 大写： 实际自付金额￥： 三个目录金额￥： 恶性肿瘤、罕见病的基因检测费金额￥： 审核人（签字）： 专家复审（签字）： |
| 基金管理办公室意见 | 实际自付补助￥： 三个目录补助￥： 剩余自费补助￥： 慰问金补助￥： 恶性肿瘤、罕见病的基因检测费补助￥： 补助金额合计￥： 大写： 核算人（签字）： 复核人（签字）： |
| 基金管理委员会审核意见 |  审核人（签字）： |

注：1. 申请人或代办人按通知要求，在规定时间内，备齐相关材料提交申请。

2.审核后，补助的发放，由财务处打入申请补助人或代办人工资卡。