**大连民族大学教职工重大疾病住院医疗补助申请表**

人员类别（划√）： 在职（） / 退休（√ ）                   年  月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 单位（部门） |  | 参加工作时 间 |   | 职称 | 教授 |
| 本人月收入 |  |  其它收入 |  | 家庭总收入 |  | 人均生活费 |  |
| 家庭住址 |  | 固定电话 |  |
| 身份证号 |   | 手机号码 |  |
| 住院时间 |  年 | 疾病诊断 |   |
| 医疗总费用 | 元 | 住院基本医保负担部分 |  元 | 自费部分 | 元 |
| 家庭 成员 经济 情况 | 姓 名 | 关 系 | 个人月收入 | 健康情况 | 工 作 单 位 | 住 址 |
|  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |
| 申 请补 助理 由 |                              申请人签名：                                            年   月   日 |
| 组 织人事部意 见 |  签字：  　　　　　　　　　　   　      年   月   日 |
| 学校保健委员会审 核意 见 |  按照学校大民院发【2011】56号文件相关规定，教职工重大疾病住院医疗补助费 元 签字：  　　　　　　　　　　   　       年    月   日 |
| 学校审核结 果 |   签字：                           　　　　　　　 年   月   日 |

申报、审核要求：

1、 申请人符合大连民族学院教职工重大疾病住院困难补助标准及范围。

2、 申请人应如实填报申请理由及家庭经济状况，并提供真实有效的医疗票据。

3、 审核单位应对申请人填报的情况及提供的材料进行认真核实。

4、 对提供不实信息者（或单位）将追究其经济责任。