**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。