长安大学教职工重大疾病和女职工特殊疾病医疗补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 出生年月 |  | 工资号 |  |
| 所在单位  （部门） |  | | | | 参加工作时间 |  | 职称  职务 |  |
| 家庭住址 |  | | | | | 联系电话 |  | |
| 本人年收入 |  | | 本人中行卡号 | | |  | | |
| 申请补助理由（患何种重病以及家庭经济状况、个人自付费用情况等） | 申请人签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 所在分会  审核意见 | 签字：  （盖章） 年 月 日 | | | | | | | |
| 人事处  审核意见 | 盖章  年 月 日 | | | | | | | |
| 校医院  审核意见 | 盖章  年 月 日 | | | | | | | |
| 医疗补助工作小组审核意见 | 盖章  　　　　　　　　　　　 年 月 日 | | | | | | | |

**注：**随表请附相关证明材料。