中山大学教职工重大疾病医疗补助申请表

年    月    日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | | | |
| 工资收入 | |  | | | | | 其它收入 | | |  | | 家庭总收入 | |  | | 人均生活费 | | | |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 家庭成员经济情况 | 姓 名 | | | | | 关系 | | 个人收入情况 | | | | 健康情况 | | 工 作 单 位 | | | | 住 址 | | | |
|  | | | | |  | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |
|  | | | | |  | |  | | | |  | |  | | | |  | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在单位（部门）工会主席审核意见 | | | | | 签名： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学校人事处  审核意见 | | | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学校公医办  审核意见 | | | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 校医疗补助金工作小组审核意见 | | | | | （盖章）  　　　　　　　　　　　 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**注：**“工资收入、其它收入、家庭总收入、人均生活费、家庭成员收入情况”按月均计算。