附件3：

**中国人民大学关爱师生基金申请表**

**申 请 人 姓 名：**

**所 在 单 位：**

**中国人民大学关爱师生基金管理委员会**

**年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | | **出生年月** | |  | | **性别** |  |
| **单位** |  | | | **学工号** | |  | | **联系电话** |  |
| **疾病名称** | |  | | | | | | | |
| **诊治时间** | |  | | | **诊治单位** | |  | | |
| **一年内累计发生医疗费用总额** | | | | |  | | | | |
| **是否加入爱心互助金： □是 □否** | | | | | | **爱心互助金补助金额：** | | | |
| **本次申请类型**  **（请务必勾选）** | | | **□预支1万元** | | | **□自付医疗费5万元（含）以上补助** | | | |
| **□本年度已申请1万元补助（如已申领已勾选）** | | | |
| **基本医疗报销金额** | | |  | | | | | | |
| **自付医疗费5万元**  **（含）以上** | | **医药费** | | |  | | | | |
| **诊疗费** | | |  | | | | |
| **其他**  **费用** | |  | | | | | | | |
| **突发事件或意外情况说明：** | | | | | | | | | |
| **申请人所在单位审核意见：**  **负责人签字：**  **年 月 日 （盖章）** | | | | | | **归口管理单位审核意见：**  **负责人签字：**  **年 月 日 （盖章）** | | | |
| **关爱师生基金管理委员会审批意见：**  **补助金额：人民币（大写） ： （小写： ）**  **负责人签字：**  **年 月 日 （盖章）** | | | | | | | | | |
| **备注：** | | | | | | | | | |

填表说明：“归口单位审核”是指学生申请人由学生处审核，在职教职工由校工会审核，退休教职工由离退休工作处审核。