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。