**中国人民大学爱心互助金申请表**

**申 请 人 姓 名：**

**所 在 单 位：**

**中国人民大学爱心互助金管理委员会**

**年 月 日**

**中国人民大学爱心互助金申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **出生年月** | |  | | **性别** |  |
| **单位** |  | **职工号** | |  | | **联系电话** |  |
| **申请**  **补助**  **情况**  **说明** | **疾病名称** |  | | | | | |
| **诊治单位** |  | | | | | |
| **一年内累计发生医疗费用总额** | | | |  | | |
| **基本医疗报销金额** | | | |  | | |
| **自付医疗费2万元（含）以上** | | **医药费** | |  | | |
| **诊疗费** | |  | | |
| **其他费用** | | | |  | | |
| **分会**  **审批**  **意见** | **负责人签字：**  **年    月    日 （盖章）** | | | | | | |
| **互管会**  **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）** | | | | | | |

申请人需提供当年的原始处方及发票，作为申请“爱心互助金”补助的凭证。