东北林业大学职工医疗补助基金申请表

编 号： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 在岗情况 | 在职 、退休 |
| 申报类别 |  | 所在单位 |  |
| 申报金额合计：①+② |  |
| 住院费用 | 个人支付总金额 ①： 票据张数： |
| 门诊费用 | 个人支付总金额 ②： 票据张数： |
| 个人申请（病情、治疗情况等）：  申请人签字：  年 月 日 |
| 所在单位意见： | 负责人签字（公章）： 年 月 日 |
| 医疗补助基金管理委员会意见： | 补助金额： | 负责人签字（公章）： 年 月 日 |
| 票据张数： |
| 审核人签字： |

注：1、申报类别包括：（1）住院费用 （2）门诊费用（3）工（公）伤人员、职业病患者

（4）国家“五一”劳动奖章获得者、省级以上劳动模范、哈尔滨市劳动模范

 2、此表一式两份