附件

江苏开放大学（江苏城市职业学院）

重大疾病医疗互助金补助申请表

（ 年度）

部门:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 类 别 | 在职、离退休（相应类别划√） | 申请补助疾病 |  |
| 医疗发票总金额 | 大写： |
| 互助委员会办公室审核意见 | 是否符合申报条件及费用审核情况： 主任签字： 年 月 日 |
| 互助委员会意见 |  主任签字： 年 月 日 |

说明：1.此表一式一份，由申报人填写。

2.工会会员由分工会汇总上报，离退休教职工由离退休工作处汇总上报。