附件4

安徽省教科文卫体系统在职职工医疗互助活动

住院护理和个人自付住院医疗费用补助申请表

**工会名称（盖章）：**安徽中澳科技职业学院工会委员会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申**  **请**  **人**  **情**  **况** | **姓名**： | |  | | **性别**： | |  | | **身份证号**： | | |  | |
| **职务（职称）**： | | | | | | | | | | | | |
| **疾病**  **名称**： |  | | **确诊**  **医院**： | |  | | **医院**  **等级**： | |  | **确诊时间**：2023年 月 日 | | |
| **住院时间**：2023年 月 日**至**2023年 月 日 | | | | | | | | | | **住院天数** | | 天 |
| **住址**： | | | | | | | | | | **联系电话**： | | |
| **本人银行帐号：** | | | | | | | **开户银行（具体到支行分理处）：** | | | | | |
| **工会**  **工作**  **人员** | **姓 名：**  **联系电话**： | | | | | | | **所在**  **工会**  **意见** | | **工会主席（签章）**： | | | |