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）**： |