**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。