**西华大学退休教职工“医疗互助会”**

**补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 申请入会时间 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  |  |  |
| 年度自负自费总额 |  |
| 申请补助事由 |   本人签字： |
| 离退休工作处意见 | （签字盖章） 年 月 日 |
| 医疗互助会办公室初审意见 |  （签字盖章） 年 月 日 |
| 医疗互助会指导小组意见 |  （签字盖章） 年 月 日 |

**备注：1、申请人需提供本人出院证明及四川省或成都市单位职工医疗保险住院医疗费用支付结算表复印件。**

**2、异地就医需人事处提供医保报销证明。**