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）：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： 年 月 日 | |
| 住院时间： 年 月 日至 年 月 日 | | | | | 住院天数 |  |
| 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）： | | |