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）： |