天津工业大学工会会员大病救助申请书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分会名称 | | | 天津工业大学XX分会 | | | | | | | |
| 职工  基本情况 | 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 年 龄 |  |
| 员工编号 | |  | | | | 联系方式 | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | 银行卡号 | |  | |
| 开户行名称 | |  | | | | | 本次申请救助金额 万元 | | |
| 患病概况 | | 确诊患 病，或接受 手术 | | | | | | | |
| 医药费申报的起止日期  （12个月） | | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | |
| 发生的医药费（含自费）总金额 | | | | 万元 | | | | | | |
| 个人支付医药费总额 | | | | 万元 | | | | | | |
| 需减除的：商业保险赔付总额 | | | | 万元 | | | | | | |
| 单位二次报销金额 | | | | 万元 | | | | | | |
| 实际个人支付医药费总额 | | | | 万元 | | | | | | |
| 本人承诺对所述情况及所提交证明材料的真实性负责，同意接受公示监督；若有虚假承诺将承担相应责任，取消救助资格，退还救助金。  本人或亲属签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 分会意见  （盖 章）  分会主席签字：  年 月 日 | | | | | | 校工会意见  （盖 章）  工会主席签字：  年 月 日 | | | | |
| 备注 | | 救助金额 万元于 年 月 日划拨至该老师银行卡内。 | | | | | | | | |

**☆实际个人支付医药费总额=个人支付医药费总额--商业保险--单位二次报销金额**