附件1

北京语言大学

教职工爱心互助金资助申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 所在单位 |  |
| 年龄 |  | 参加互助年份 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 疾病种类 |  | 职工号 |  |
| 就诊医院 |  | 申请次数 |  |
| 自负医药费金额（元） |  | 自费医药费金额（元） |  |
| 申请资助说明 | 申请人签名 日期  |
| 单位意见 | 负责人签名 日期  |
| 审定意见 | 互管会主任签名 日期  |