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 | | | | | | |