**附件3：**

**怀化职业技术学院教职工大病医疗互助金补助申请表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性别 |   | 来校工作时间 |  |
| 参加医疗互助时间 |   | 银行账号 |  |
| 身份证号 |   | 所在分会 |   |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
|  本人于 年 月 日至 年 月 日，患 ，在 医院治疗。个人自付 元，特申请大病医疗互助金补助。 申请人：  年 月 日 |
| 所在分会意见 | 负责人： |
| 管委会办公室意见 |  按照规定自付部分 元的比例补 ﹪，实际补助 元。 负责人： |
| 管委会意 见 | 负责人： |
| 备 注 |  |