|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **福州大学至诚学院医疗补助申请表** | | | | | | | | | | | | |
| 学号 |  | | 姓名 |  | | | 联系  电话 | | |  | | |
| 系别 |  | | 专业 |  | | | 年级 | | |  | | |
| 城乡居民医保参保情况 | | | ☐在校参保 ☐校外参保（含职工医保） | | | | | | | | | |
| 家庭地址 | |  | | | 家长姓名及联系电话 | | | | |  | | |
| 本人建设银行卡号 | | |  | | | | | | | | | |
| 就诊医院名称 | |  | | 基本医保  报销情况 | ☐刷社保卡报销 ☐手工报销 ☐未报销 | | | | | | | |
| 医疗补助  申请类型 | | ☐门诊（意外、特殊病种）  ☐福州市住院  ☐异地住院（福州市外） | | 是否进行  商业保险报销 | ☐是  ☐否 | | | 是否特殊  病种 | | | ☐是  ☐否 | |
| 医疗总费用 | | 元 | 基本医保报销费用 | 元 | 商业保险报销费用 | 元 | | | 个人支出费用 | | | 元 |
| 申请情况说明及个人承诺 | | （描述意外伤害具体时间经过、门诊就诊、住院等详细情况、疾病具体情况，并对申请材料真实性作出承诺）  申请人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 系学生工作办公室审核意见 | | 该生符合申请补助资格，情况属实，同意其申请医疗补助。  签字盖章（系章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 党总支  审核意见 | | 经复核，该生符合申请补助资格，情况属实，同意其申请医疗补助。  签字盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 学生工作部（处）审核意见 | | 经审核，予以补助 （大写金额： ）元。  签字盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | | |

本表一式2份，单页打印。财务部、一份学生工作部（处）各留存一份。