|  |
| --- |
| **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。