附件4

安徽省教科文卫体系统在职职工医疗互助活动

住院护理和个人自付住院医疗费用补助申请表

**工会名称（盖章）：**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人情况 | 姓名：　　 性别：　 身份证号：  |
| 职务（职称）： |
| 疾病名称： | 确诊医院： | 医院等级： | 确诊时间：　　年　 月 　日 |
| 住院时间：　 　年　 月　 日至　　年 　月 　日 | 住院天数 |  |
| 住址： | 联系电话： |
| 本人银行帐号： 开户银行（具体到支行分理处）：  |
| 工会工作人员 | 姓 名：联系电话： | 所在工会意见 | 工会主席（签章）： |