

# 华东政法大学教职工重大疾病医疗互助基金

## 补助申请表

部 门		姓 名		性 别	
工 号		联系电话		出生年月	
家庭地址					
住院时间及出院时间			疾病种类		
医疗费自付金额大写					
申 请 理 由	申请人签名（手写）：  基层党组织签名（盖章）  年        月        日				
审 核 意 见	审核金额小写：                      审核金额大写：  补助额度大写：  校工会签名                      人事处签名                      财务处签名				

**疾病种类：** 1. 恶性肿瘤； 2. 急性心肌梗塞； 3. 脑中风后遗症； 4. 重大器官移植术或造血干细胞移植术； 5. 冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）； 6. 终末期肾病（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）； 7. 急性、亚急性、中晚期慢性重症肝炎； 8. 良性脑肿瘤； 9. 心脏瓣膜手术； 10. 严重III度烧伤； 11. 重型再生障碍性贫血； 12. 主动脉手术。