

中山大学学生医疗补助申请表

年 月 日

姓名		性别		学号		疾病名称		
单位	学院 年级 专业			联系电话				
入学以来获学校医疗补助情况	时间	疾病名称					金额（元）	
申请资料	<p>（对已提供的资料打“√”）</p> <p><input type="checkbox"/> 普通门诊：医疗费用发票及清单的原件或复印件</p> <p><input type="checkbox"/> 门诊慢性病：医疗费用发票及清单的原件或复印件、诊断证明书复印件</p> <p><input type="checkbox"/> 门诊特定病种：医疗费用发票及清单的原件或复印件、诊断证明书复印件</p> <p><input type="checkbox"/> 普通住院：医疗费用发票及清单的原件或复印件、出院小结、社会医疗保险医疗费用结算单</p> <p><input type="checkbox"/> 《社会医疗保险医疗费用结算单》（医保零星报销）</p> <p>本人承诺以上申请资料真实。</p> <p style="text-align: right;">签名（手签）： 年 月 日</p>							
培养单位意见	<p>初审审核通过。申请人已被学校认定为家庭经济困难学生。</p> <p>初审人签名（手签）： 主管学生工作负责人签名（手签）： （盖章） 年 月 日</p>							
公费医疗管理办公室意见	<p>复审审核通过。应补助金额 元。</p> <p>复核人签名（手签）： 负责人签名（手签）： （盖章） 年 月 日</p>							