附件2：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **上海建桥学院教职工医药费自负段金额补贴申请表** | | | | | |
| 姓名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 部门 |  | 专业职称 |  | 职务 |  |
| 家庭地址 |  | | | 联系方式 |  |
| 申请补贴原因：  医药费自负段自费总金额：（附自负段金额明细表）  申请人：  年 月 日 | | | | | |
| 部门工会审核意见：    部门工会主席签字：  年 月 日 | | | | | |
| 校工会审批意见：    校工会主席签字：  年 月 日 | | | | | |

**备注**：

1、请详细填写补贴原因及医药费自负段金额明细表；

2、需上报资料包括：

（1）身份证复印件；

（2）住院小结和费用证明原件；医药费发票原件。