附件1：

教职工参加医疗互助申请表

**工作部门： 信息技术与管理学院 编号:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | **性 别** | |  | |
| **参加工作时间** | |  | **退休时间** | |  | |
| **身份证号码** | |  | | **联系电话** | |  |
| **家庭住址** | |  | | | | |
| 本人自愿申请参加湖南财政经济学院教职工医疗互助，同意并遵守《湖南财政经济学院教职工医疗互助金管理办法》（试行）的相关规定。  申请人（签名）：  年 月 日 | | | | | | |
| **初审意见** | 负责人 (盖章)：  年 月 日 | | | | | |
| **互助金管委会意见** | 签章  年 月 日 | | | | | |
| **备 注** |  | | | | | |