丰顺县困难群众二次医疗救助申请审批表

镇（场） 编号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  姓 名 | |  | | | | 身份证号码 | | | |  | | | | | | 性别 | | | |  | | 出生  年月 | | |  | |
| 户主姓名 | |  | | | | 身份证号码 | | | |  | | | | | | 家庭  人口 | | | |  | | | 联系  电话 | |  | |
| 户籍地址 | |  | | | | | | | | | | | 申请人单位 | | | | | |  | | | | | | | |
| 现住地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人类型 | | 特困人员 低保对象 建档立卡贫困人员 低收入对象  因病致贫家庭重病患者 其他特殊困难人员 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患病及治疗简要情况：  申请人（代理人）签名  (盖手指模）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本栏内容由县医保部门填写 | | 累计支出定点医疗机构医疗费用总额（元） | | 基本医疗保险补偿金额（元） | | | 大病医疗保险补偿金额（元） | | 其他补充医疗保险、商业保险补偿金额（元） | | | 社会指定医疗捐赠（元） | | 累计门诊医疗救助金额（元） | | | 累计住院医疗救助金额（元） | | | | 定点医疗机构基本保险政策范围外费用总额（或自费费用）（元） | | | | | 个人负担的定点医疗机构医疗费用总额（含政策外费用）（元） |
|  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | |  | | | | |  |
| 代理人情况（患者本人办理的，不用填写该项相关情况） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | | 身份证号码 | | |  | | | | | | | 性别 | | |  | 出生年月 | | | | |  | | |
| 单位地址 | |  | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | 与申请人关系 | | | | |  | | |
| 镇（场）审核意见 | | | （盖章）  签名：  年 月 日 | | | | | | | | | 县医疗保障局审批意见 | | | （单位盖章）  签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |