**填表说明**

1、本表所列栏目须认真填写，内容要真实，不得谎报和随意涂改。

2．表中数据的金单位为“元”。

3、申请医疗救助的人员要主动接受包括社区、村居委会、（市、区）医保局的核查。

**申请医疗救助应提供的材料**

（一）审批表（一式三份）；

（ニ）居民户ロ薄、居民身份证、社保卡（复印件，原件备查）；

(三） 参加社会医疗保险或商业保险的救助对象，提供社会医疗保险报销凭证、商业保险报销凭证及相关的单位报销凭证。如接受社会捐赠、其他互助帮扶的，应一并如实提供相关资料。

（四）医保定点医疗机构出具的正式医疗费发票、疾病诊断证明和相关资料；

（五）医保部门认为应提供的其他相关证明材料。

编号：

**三 亚 市 城 乡 医 疗 救 助**

**申 请 审 批 表**

**（区） 社区（村居委会）**

**申请人：**

**申请时间： 年 月 日**

**三亚市医疗保障局 监制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 户主姓名 | |  | | 性别 | | | |  | 身份证号码 | | |  | | | | | |
| 家庭类别 | | 特困对象（ ） | | | | | | 城乡低保对象（ ） | | | | | | 低收入家庭成员（ ） | | | |
| 孤 儿（ ） | | | | | | 建档立卡贫困户（ ） | | | | | | 因病致贫人员（ ） | | | |
| 住 址 | |  | | | | | | | | | 联系电话 | | | | |  | |
| 患者姓名 | |  | | 性别 | | | |  | 身份证号码 | | | |  | | | | |
| 参加基本医疗保险情况 | |  | | | | | | | 购买商业医疗保险情况 | | | |  | | | | |
| 就 医 情 况 | 门诊 | 医疗点 | | | | 诊断疾病 | | | 诊断时间 | | | | 单据数 | | | | 医疗费 |
|  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  |
| 住院 | 住院医疗机构名称 | | | | | | | 入院时间 | | | | 出院时间 | | | | 住院天数 |
|  | | | | | | |  | | | |  | | | |  |
| 医院级别 |  | | | | 住院编号 | |  | | | | 单据数 | | | |  |
| 主要诊断 |  | | | | | | | | | | 医疗费 | | | |  |
| 申请救助理由 | 申请人签名： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 救助金额计算 | 医疗费总额 | | | | 医院减免 | | | | | 基本医疗保险报销 | | | | | 商业医疗保险报销 | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
| 其他救助 | | | | 前段救助 | | | | | 进入救助范围金额 | | | | | 本次核定救助金额 | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |
| 救助金额大写： | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 开户银行 |  |
| 开户名称 |  |
| 银行账（卡）号 |  |
| 村（居）委会  意见 | 经办人签名： 负责人签名：  年 月 日  （盖章） |
| 区医保部门（育才生态区教科卫健局）审核意见 | 经办人签名： 负责人签名：  年 月 日  （盖章） |
| 市医保部门  审批意见 | 审核意见：  审核人/审核小组签名：  年 月 日 |
| 复核意见：  （盖章） 负责人签名：  年 月 日 |
| 备 注 |  |