附件：

常德市市本级医疗救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | 身份证号码 | |  | |
| 联系地址 | 乡镇（街道） 村（社区） 组 | | | | | | | | | |
| 居住地 |  | | | | | | | | 联系方式 |  |
| 参保单位 |  | | | | | | | | | |
| 救助对象类别 | 一类救助对象：□特困供养人员 □孤儿 □事实无人抚养儿童  二类救助对象：□低保 □重度残疾人 □低保边缘家庭成员  三类救助对象：□  退役军人：□ | | | | | | | | | |
| 申请人病情及费用支出情况（单位：元） | | | | | | | | | | |
| 就诊住院时间 | 病种 | 医疗支出及补偿情况 | | | | | | | | 政策内个人  自付费用 |
|  |  | 住院总费用 | | 基本医疗  报销费用 | | 大病互助报销费用 | | 补充医保  报销费用 | |
|  | |  | |  | |  | |  |
| 门诊总费用 | | 基本医疗报销费用 | | 大病互助报销费用 | | 补充医保  报销费用 | | 政策内个人  自付费用 |
|  | |  | |  | |  | |  |
| 申请理由 | 申请人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 无参保单位人员所在乡镇（街道）意见 | 负责人（签名）： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 参保单位  意见 | 负责人（签名）： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 医保部门  审批意见 | 经办人签字： 负责人签字：  年 月 日 年 月 日  经办人（签字）： 负责人（签字）：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | |