

中国初级卫生保健基金会

易生守护-甲型血友病患者援助项目

患者基本信息登记表

申请人信息填写	姓 名		性 别		年 龄		黏贴照片 (一寸近照)
	身份证号码	□□□□□□□□□□□□□□□□□□					
	联系电话						
	第一联系人姓名：_____电话：_____与申请人关系：_____						
	家庭住址	_____省_____市_____					
	家庭成员名单： 姓名：_____与申请人关系：_____ 姓名：_____与申请人关系：_____ 姓名：_____与申请人关系：_____ *填写说明： 1.已满 18 周岁的患者，如为已婚需填写配偶信息，提交本人及配偶经济收入证明；如未婚只需填写本人信息，提交本人经济证明。 2.未满 18 周岁的患者，需同时填写父母相关信息，提交父母经济收入证明。						
	家庭成员数		上年度家庭全年总收入				
	医保情况	参保城市	_____省_____市		医保报销比例	%	
参保类型		□城镇居民医保 □城镇职工医保 □新农合医保 □其它_____					
申请理由	患者本人签字：_____日期：_____						

备注：此援助项目为慈善患者援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写，如有不实或隐瞒，将取消援助资格，情节严重将负法律责任。