

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
援助申请表

填写说明：

- 1.请清楚、完整地填写基本信息，每张发票需分栏填写。
- 2.申请时需提供购药发票原件（如发票需报销，需在完成报销后再进行项目申请）、发票如未显示药品明细需提供对应的购药清单原件。
- 3.所有申请资料请按日期、就诊顺序依次装订在本申请表后。

基本信息										
姓名		性别		医保类型	☐ 城镇居民医保	☐ 城镇职工医保	☐ 新农合医保	☐ 其他_____	☐ 其他保险补偿	
身份证号码				年龄			联系电话			
开户行全称										
开户行所在支行										
患者本人银行账号 (需与首次申请账号一致)										
发票号	发票日期	就诊城市	就诊医院	诺易规格 (IU)	诺易数量 (支)	诺易药品 总金额	医保支付金额	其他保险补偿 (如无, 可不填)	自付金额	申请援助金额
合计										

申请人/被委托人签字：日期：__年__月__日