



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
检查费用援助申请表

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.申请时需提供检查发票原件（如发票需报销，需在完成报销后再进行项目申请）及对应的报告清单原件。
- 3.审核通过后可获得相关检查费用自行承担部分的资金援助，每位患者援助上限为 2000 元/年。

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		
检查项目	☐ 因子活性检测		☐ 抑制物检测		☐ 关节检查		☐ 病毒筛查		☐ 其他
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		检查费用总金额	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__