

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

手术及康复治疗援助申请表

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，每位手术治疗患者援助上限为 25000 元/年；每位康复治疗患者援助上限为 6000 元/年。

基本信息										
姓名		性别		医保类型	<input type="checkbox"/> 城镇居民医保	<input type="checkbox"/> 城镇职工医保	<input type="checkbox"/> 新农合医保	<input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 其他保险补偿	
身份证号码				年龄			联系电话			
申请援助项目	<input type="radio"/> 手术治疗援助				<input type="radio"/> 康复治疗援助					
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		手术/康复总金额	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