附件2

疾病应急救助基金申请表（个人）

医疗机构（盖章）： 编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 民 族 |  | 国 籍 |  |
| 有效证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 常住地址 |  |
| 联系电话 |  | 单位名称 |  |  |
| 家属电话 |  | 门急诊时间 |  |
| 入院时间 |  | 出院时间 |  |
| 救治总费用 |  | 欠费金额 |  |
| 已支付的费用 | 责任人 | 元 |
| 生育保险 | 元 |
| 工伤保险 | 元 |
| 基本医疗保险 | 元 |
| 商业医疗保险 | 元 |
| 道路交通事故应急医疗救助基金 | 元 |
| 医疗救助基金 | 元 |
| 红十字重特大疾病医疗救助基金 | 元 |
| 公共卫生经费 | 元 |
| 自费 | 元 |
| 合计 | 元 |
| 注：以上患者信息请医疗机构尽力调查并填写，如确实无法获取，请注明。 |
| 欠费原因： 🞎身份不明 🞎无力支付 |
| 本人阅读并知晓疾病应急救助制度，并郑重承诺：本人情况属于基金救助的对象及范围。如有弄虚作假，本人愿意承担一切后果。 患者/家属签名：  |

备注：

1.本表仅用于广东省内各级各类医疗机构收治疾病应急救助患者后按规定进行身份确认和疾病应急基金补助申请，**一人一表**，由患者或其亲属、收治医疗机构填写。

2.收治医院机构向基金申请补助时，同时报送以下材料：

（1）患者身份证明证件复印件或公安部门出具的患者身份核查说明。

（2）患者已缴费用的医疗机构收费票据复印件。

（3）医疗机构盖章的医疗费用清单。

（4）门急诊患者提供医疗机构盖章的病历复印件；住院患者提供医疗机构盖章的长期、临时医嘱及入院记录、出院小结及住院病案首页复印件。