附件1

江门市医疗救助零星报销申请表

**申请编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  基本情况 | 姓名 | |  | 性别 |  | | 年龄 |  | | 身份证号码 |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | 联系  电话 |  | |
| 申请救助对象类别 | □最低生活保障对象 □特困供养人员 □低收入家庭成员 □孤儿  □精准扶贫重点帮扶对象 □0—14周岁儿童治疗急性白血病和先天性心脏病  □县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员 □其他： | | | | | | | | | | | |
| 申请救助金额 | | 门诊费用 | 发票张数  （原件或复印件） | | |  | | | 门诊合计费用（元） | | |  |
| 住院费用 | 发票张数  （原件或复印件） | | |  | | | 住院合计费用（元） | | |  |
| 银行卡或社保卡账号 | | |  | | | | | | | | | |
| 银行卡或社保卡开户银行 | | |  | | | | | | | | | |
| 申请人（代办人）签名 | | | 签名： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 镇（街道）受理意见 | | | 经审核，提交的相关资料符合医疗救助申请条件，予以受理。  经办人签名： 年 月 日  （盖章） | | | | | | | | | |
| 医保经办机构  审核意见 | | | 经审核，本次予以医疗救助 元。    初审人签名： 年 月 日  复审人签名： 年 月 日  核准人签名： 年 月 日  （盖章） | | | | | | | | | |
| 备注 | | |  | | | | | | | | | |

说明：

医疗救助对象应如实提供如下材料：

（一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡。

（二）基本医疗保险 （含大病保险）报销后的结算单；若无结算单的，申请人应当提供能够证明合规医疗费用的有效凭证，如法定的医疗机构门诊或住院收费收据（收费收据损坏或丢失的，可提供复印件并由医疗机构相关科室盖章确认）、当次收费汇总清单（明细表）、出院记录（或出院小结）、《疾病诊断证明》等资料。