附件1

海安市因病支出型贫困家庭医疗救助审核审批表

户籍地址：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭成员基本情况 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 罹患重大疾病情况 | 提出申请的上一个自然年度内医疗费用金额（元） | 其中 |
| 基本医疗保险报销金额(元) | 大病保险报销金额（元） | 商业保险及其它赔付报销金额（元） | 自付医疗费总金额(元) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭人口（人） |  | 联系电话 |  | 开户行及银行账号 |  |
| 上一自然年度内家庭年总收入(元) |  | 家庭人均收入(元/月) |  | 救助金额(元) | ¥ | 大写： |
| 区镇(街道)审核部门意见（盖章） |  | 市医疗保障局审批意见 |  |
| 经办人签字(盖章)： |  | 经办人签字(盖章)： |  |

说明：1. 实施重大移植手术的须附治疗的证明材料；2.申请人应提供身份证及银行卡复印件。