|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | | | 身份证号码： | | | | | |
| 联系电话： | | | 家庭住址： | | | | | |
| 户籍地址： | | | 申请救助时间： 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
| 银行卡或社保卡账号 | | |  | | | | | |
| 银行卡或社保卡开户银行 | | |  | | | | | |
| 家庭年可支配总收入（元）： | | | | 年度个人负担费用（元）： | | | | |
| 医保政策外等政策性补偿、补助金，社会指定医疗捐赠金额合计为（元）： | | | | | | | | |
| 商业保险报销金额（元）： | | | | | | | | |
| 申请医疗费用信息 | | | | | | | | |
| 住院费用 | 发票张数 |  | 医保结算  清单张数 | |  | | 住院总费用（元） |  |
| 门诊费用 | 发票张数 |  | 门诊清单  张数 | |  | | 门诊总费用（元） |  |
| （本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实，由此产生的一切法律责任均由本人承担）  申请人签名： 代办人签名：  日期： 年 月 日 日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 乡镇人民政府是否符合依申请救助初审意见：符合（ ） 不符合（ ）  初审人签名： 年 月 日  复审人签名： 年 月 日 （单位盖章） | | | | | | | | |
| 是否纳入民政救助对象：  是（ ） 否（ ）  核查人签名（两人或以上）：    日期： 年 月 日 （单位盖章） | | | | | | 是否纳入乡村振兴对象：  是（ ） 否（ ）  核查人签名（两人或以上）：  日期： 年 月 日 （单位盖章） | | |
| 医保经办机构审核意见: 经专题会议研究并审核，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 （单位盖章） | | | | | | | | |
| 公示期： 年 月 日至 年 月 日 公示结果：无异议（ ）、有异议（ ） | | | | | | | | |

广西依申请医疗救助审核表