|  |
| --- |
| 临县城乡居民医疗救助审批表 |
| 申 请人姓名 |  | 性别 |  | 户主 |  | 户别 |  |
| 家庭住址 | 乡（镇） 居（村）委 | 病种 |  |
| 申请人身份证号 |  | 住院时间 |  |
| 申请人信用社账户 |  | 电话号码 |  |
| 费用总额 |  | 目录内费用 |  | 已报金额 |  | 救助比例 |  | 救助金额 |  |
| 申请理由  |  |
| 村、社区审查意见 |  （公章)  负责人： 年 月 日 |
| 乡（镇）人民政府审核意见 |  （公章)  经办人： 负责人： 年 月 日 |
| 县医保局审批意见 | 医保救助金额 大写： 万 仟 佰元 小写： （公章)  负责人： 年 月 日  |
| 注：所需资料 1、 城乡困难家庭医疗救助审批表（需村乡两级盖章签字，经办人签字）。 2、 申请人身份证、户口、低保证（特困证或贫困证明）等复印件、信用社一卡通复印件。 3、 申请人医保资料：人寿理赔单原件、财险理赔单复印件（若未经人寿保险理赔，则需财险理赔单 原件）、合作医疗保险补偿单复印件（若未经人寿、财险理赔，则需医疗保险补偿单原件）、医院收费票据复印件、出院证复印件。 4、 医保部门认为需要提供的其他相关证明。 |

附件1