|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 | | | | | | |
| 临县医保部门防范因病返贫致贫监测预警反馈清单 | | | | | | |
| 单位名称（盖章）： 年 月 日 | | | | | | |
| 序号 | 乡（镇） | 行政村 | 姓名 | 身份证号码 | 人员类别 | 风险点描述 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |
| 注：1.本表由医保部门填写； | | | | | | |
| 2.人员类别为：特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、返贫致贫人口、脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口、突发严重困难户、稳定脱贫人口和其他参保居民； | | | | | | |
| 3.风险点描述格式为：×年×月×日，因××病，医疗总费用××元，医疗保障报销后个人负担××元，存在因病返贫致贫风险。 | | | | | | |