附件2

海南省疾病应急救助基金申请表

登记编号： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 |  | | 申请单位所属市县 | |  | | | 患者户籍所在市县 | |  |
| 急救总费用（元） |  | | 申请救助金额（元） | | | | |  | | |
| 患者姓名 |  | | 年龄 |  | | 身份证号码 | | |  | |
| 性别 |  | | 民族 | | |  | | 工作单位或住址 | |  |
| 诊断疾病 |  | | | | | | | | | |
| **患者所属救助种类**  一、身份不明确且无力缴费□  二、身份明确但无力支付□：  （一）相关低收入人口(低保对象、特困人员、低保边缘家庭成员、刚性支出困难家庭成员)□；  （二）孤儿□；  （三）事实无人抚养儿童□；  （四）困境儿童□；  （五）其他形式的无力缴费患者所发生的急救费用□（请注明具体情况） | | | | | | | | | | |
| **是否通过其他渠道解决金额：** | | | | | | | | | | |
| 是□ 否□ （如是，合计解决 元） | | | | | | | | | | |
| 1.通过责任人解决 元； | | | | | | | | | | |
| 2.通过基本医疗保险解决 元； | | | | | | | | | | |
| 3.通过医疗救治基金解决 元； | | | | | | | | | | |
| 4.通过道路交通事故社会救助基金解决 元； | | | | | | | | | | |
| 5.通过公共卫生经费解决 元； | | | | | | | | | | |
| 6.通过流浪乞讨人员救助资金解决 元； | | | | | | | | | | |
| 7.通过工伤保险解决 元； | | | | | | | | | | |
| 8.通过其他方式解决 元； | | | | | | | | | | |
| **患者患病或受伤的原因、病（伤）程度和治疗过程简述：**  经治医生签字： 科主任（或院领导）签字：  医院盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 身份不明确患者医疗机构所在地公安部门意见  经办人： (单位盖章)  年 月 日 | | 身份明确但无力缴费的患者（包括相关低收入人口(低保对象、特困人员、低保边缘家庭成员、刚性支出困难家庭成员)、孤儿、事实无人抚养儿童、困境儿童及其他形式的无力缴费患者等）户籍所在市县民政部门意见  经办人： (单位盖章) 年 月 日 | | | | | 其他形式的无力缴费患者等无能力支付患者户籍所在市县乡镇政府意见  经办人： (单位盖章)  年 月 日 | | | |
| 医疗机构所在市县经办机构审核意见  经办人： (单位盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 附件：医疗机构收费票据原件或复印件、医疗机构盖章的医疗费用清单(急救期内)、门诊病人提供医疗机构盖章的病历复印件、住院病人提供医疗机构盖章的长期、临时医嘱及入院记录、出院小结及住院病案首页复印件、医疗机构银行账号信息、医疗机构联系人信息。 | | | | | | | | | | |