附件4

疾病应急救助基金申请支付情况个案统计表

（每月由市县经办机构汇总后报给同级卫生健康委）

市县： 填报人： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 患者姓名 | 年龄 | 性别 | 诊断/病种 | 救治日期 | 救助医疗机构 | 救助类别 | 患者总费用 | 申请基金金额 | 基金实际 支付金额 | 退回资金 |
| 身份不明 | 无力支付 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |