|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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