|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3 | | | | | | | | | | | |
| 北京市城乡社会救助对象办理住院押金减免和  出院即时结算登记表 | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 区(县) 名称： 街道(乡镇)名称： 村（居)民委员会名称： | | | | | | | | | | | |
| 社会救助对象填写 | | | | | | | | | | | |
| 申请人姓名 | 申请人身份证号 | | 性别 | 年龄 | 联系电话 | | 申请人参保类别 | | | | |
|  |  | |  |  |  | | □职工医保 □居民医保 □新农合 □无医保 | | | | |
| 持证人姓名 | 持证人身份证号 | | 家庭 人口 | 申请人身份类别 | | | | | | | |
|  |  | |  | □城市特困 □农村五保 □低保 □生活困难补助 □低收入  □民政部门管理的因公（病）致残返城知青 □民政部门管理的精减退职人员 | | | | | | | |
| 诊断医院 | 诊断结果 | | 即时结算 定点医院 | | 应收押金 （元） | | 申请救助项目 | | | | |
|  |  | |  | |  | | □ 怀孕分娩 □ 重大疾病 □其他疾病 | | | | |
| 家庭户籍地址 | | |  | | | | | | | | |
| 实际居住地址 | | |  | | | | | | | | |
| 街道（乡镇）社会保障事务所填写 | | | | | | | | | | | |
| 申请人享受医疗救助比例 | | | 应减免住院押金金额 （元） | | | | 自筹住院押金金额 （元） | | | 当前申请人可享受 医疗救助额度（元） | |
|  | | |  | | | |  | | |  | |
| 申请人签字： | | | | | 经办人签字： | | | | 复核人签字： | | |
|
|
| 年 月 日 | | | | | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 填表说明：1、“申请人参保类别”、“申请人身份类别”和“申请救助项目”请申请人根据实际情况勾选。 | | | | | | | | | | | |
| 2、此表一式两份，区县民政局和街道（乡镇）社会保障事务所各一份。 | | | | | | | | | | | |