附件3

北京市因病致贫家庭医疗救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区县名称： | | | | | | 街道（乡镇）名称： | | | | | | 社区村（居）民委员会名称： | | | | | | |
| 家  庭  成  员  基  本  情  况 | 关系 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 户籍  所在地 | | 实际  居住地 | 是否罹患重大疾病 | 罹患重大疾病病种 | 上一自然年度内总收入（元） | 上一自然年度内重大疾病医疗费用总支出 （元） | 其 中 | | | | | 资金发放银行帐号 | 联系 电话 |
| 城镇职工基本医疗保险或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗报销金额 （元） | 城乡居民大病保险报销金额（元） | 商业保险报销赔付金额 （元） | 自费药金额 （元） | 自付合规医疗费用金额（元） |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭  人口（人） |  | | 上一自然年度内家庭年总收入（元） | | |  | | | | | 上一自然年度内家庭成员罹患重大疾病医疗费用总支出（元） | | | | |  | | |
| 申请 理由 | | 申请人签字： 申请日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |