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 |