附件2

古丈县再救助对象医疗救助申请审核表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  | 家庭住址 |  |
| 诊断病种 |  |
| 是否有返贫致贫风险 | 乡村振兴部门认定() 民政部门核对() | 账户名 |  |
| 银行账号 |  |
| 银行账号 |  |
| 申请原因 |  申请人签字： |
| 镇审核意见 |  年 月 日接收申请资料。经审核，该对象属于有返贫致贫风险的人员。经办人签名: 负责人签名：   年 月 日 (盖章)  |
| 乡村振兴部门意见 |  |
| 经办机构意见 |  |
| 医疗费用情况 | 医疗总费用(元) | 政策范围内费用(元) | 基本医疗报销(元) | 大病报销(大病互助)(元) | 医疗救助金额(元) | 政策范围内个人负担医疗费用(元) | 再救助金额(元) |
|  |  |  |  |  |  |  |

备注：

1.本表为再救助对象填写。

2.申请再救助需要提供医疗费用结算单据、身份证复印件、户口簿复印件、委托书、儿童需提供监护人关系证明(户口本或出生证明)、银行账户复印件。