附件2

马尔康市建档立卡贫困人口卫生扶贫救助基金审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 患者身份证号码 |  |
| 精准识别卡编号 |  | 联系电话 |  | | 户籍地址 |  | |
| 与申请人关系 |  | 住院医院 |  | | 患病病种 | |  |
| 入院时间 |  | 出院时间 |  | | **医疗总费用 (元)** | |  |
| 基本医疗保险 | 报销金额（元）： | | 审核人： 审批人：  盖章 年 月 日 | | | | |
| 余 额（元）： | |
| 大病商业保险 | 报销金额（元）： | | 审核人： 审批人：  盖章 年 月 日 | | | | |
| 余 额（元）： | |
| 大病商业  补充保险 | 报销金额（元）： | | 审核人： 审批人：  盖章 年 月 日 | | | | |
| 余 额（元）： | |
| 民政医疗救助 | 救助金额（元）： | | 审核人： 审批人：  盖章 年 月 日 | | | | |
| 余 额（元）： | |
| 重大疾病  专项补偿 | 报销金额（元）： | | 审核人： 审批人：  盖章 年 月 日 | | | | |
| 余 额（元）： | |
| 重特大疾  病特殊补偿 | 报销金额（元）： | | 审核人： 审批人：  盖章 年 月 日 | | | | |
| 余 额（元）： | |
| 省级医药爱  心扶贫基金 | 救助金额（元）： | | 审核人： 审批人：  盖章 年 月 日 | | | | |
| 余 额（元）： | |
| 卫生扶贫  救助基金 | 救助金额（元）： | | 审核人： 审批人：  盖章 年 月 日 | | | | |
| 余 额（元）： | |
| **累计报销金额（元）：** | | | | | | | |
| **个人最后自付金额（元）：** | | | | | | | |