

患者援助申请表

填写说明:

1. 请清楚、完整、准确地填写本表信息。
2. 申请时请提供购药发票及医保报销材料，每张发票需分栏填写。

基本信息

姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____

身份证号:

本人电话: _____

家庭住址: _____ 省(市) _____ 市 _____

照片粘
贴处

第一联系人

姓名:

电话:

与联系人关系:

家庭成员名单:

姓名: _____ 与申请人关系: _____; 姓名: _____ 与申请人关系: _____

姓名: _____ 与申请人关系: _____

医保信息

参保城市: _____ 省(市) _____ 市 _____

医保报销比例: _____

参保类型

 城镇居民医保 城镇职工医保 新农合医保 其他

银行储蓄卡信息

(银行储蓄卡户主非患者本人时填写)

户主姓名: _____ 身份证号: _____ 联系电话: _____

开户行全称 _____ 开户行所在支行 _____ 银行储蓄卡号 _____

发票信息

就诊城市	发票日期	发票号码

患者申请说明: (患者本人) 我在此声明, 已完全知晓中国初级卫生保健基金会“瑞来可期-患者资金援助项目”的全部信息, 同意并严格遵守项目的相关规定, 自愿按程序申请项目, 本人愿意承担违反规定后的一切后果。

患者本人签字:

年/月/日: