

北京市城乡社会救助对象办理住院押金减免和 出院即时结算登记表

区(县)名称:

街道(乡镇)名称:

村(居)民委员会名称:

社会救助对象填写						
申请人姓名	申请人身份证号	性别	年龄	联系电话	申请人参保类别	
					☐ 职工医保 ☐ 居民医保 ☐ 新农合 ☐ 无医保	
持证人姓名	持证人身份证号	家庭人口	申请人身份类别			
			☐ 城市特困 ☐ 农村五保 ☐ 低保 ☐ 生活困难补助 ☐ 低收入 ☐ 民政部门管理的因公(病)致残返城知青 ☐ 民政部门管理的精减退职人员			
诊断医院	诊断结果	即时结算定点医院	应收押金(元)	申请救助项目		
				☐ 怀孕分娩 ☐ 重大疾病 ☐ 其他疾病		
家庭户籍地址						
实际居住地址						
街道(乡镇)社会保障事务所填写						
申请人享受医疗救助比例	应减免住院押金金额(元)		自筹住院押金金额(元)		当前申请人可享受医疗救助额度(元)	
申请人签字:			经办人签字:		复核人签字:	
年 月 日			年 月 日		年 月 日	

填表说明: 1. “申请人参保类别”、“申请人身份类别”和“申请救助项目”请申请人根据实际情况勾选。
2. 此表一式两份,区县民政局和街道(乡镇)社会保障事务所各一份。