

北京市城乡社会救助对象事后医疗救助待遇申请表

区(县)名称:街道(乡镇)名称:村(居)民委员会名称:

申请人姓名	申请人身份证号	性别	年龄	家庭人口	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	申请人身份类别				申请救助项目	
		☐ 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				☐ 门诊 ☐ 住院 ☐ 重大疾病 ☐ 怀孕分娩	
家庭户籍地址					实际居住地址		
开户银行				开户人姓名		开户银行帐号	
医疗总费用 (元)	其中						
	医保或新农合报销金额 (元)	补充医保报销金额(元)		商业保险及其他保险报销金额 (元)		各项保险报销后政策范围内 个人负担金额(元)	自费部分金额 (元)
	申请人签字: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)各一份。