

北京市城乡社会救助对象事后医疗救助待遇审批表

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		
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)	
医疗救助比例		本次医疗救助金额(元)	保险和救助后人个负担部分(含自费)(元)		本次救助后年度医疗救助可享受额度(元)		
街道(乡镇)社保所受理调查情况			街道(乡镇)负责审核部门意见			区(县)民政局审批意见	
经办人签字: 年 盖章 月 日			经办人签字: 年 盖章 月 日			经办人签字: 年 盖章 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。