

北京市因病致贫家庭医疗救助申请表

区县名称:街道(乡镇)名称:社区村(居)民委员会名称:

家庭成员基本情况	关系	姓名	性别	身份证号	户籍所在地	实际居住地	是否罹患重大疾病	罹患重大疾病种	上一自然年度总收入(元)	上一自然年度内重大疾病医疗费用总支出(元)	其 中					资金发放帐号	联系电话
											城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗报销金额(元)	城乡居民大病保险报销金额(元)	商业保险赔付金额(元)	自费药金额(元)	自付合规医疗费用金额(元)		
家庭成员人口(人)	上一自然年度内家庭年总收入(元)			上一自然年度内家庭成员罹患重大疾病医疗费用总支出(元)													
申请理由	申请人签字:申请日期: 年 月 日																