**省直基本医疗保险年度救助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人姓名** |  | **性别** | |  | | **年龄** | |  | | **本人月工资收入** | | |  |
| **所在单位**  **名称** |  | | | | | **职务** | |  | |  | | |  |
| **单位联系人** |  | | | | | **单位联系电话** | |  | | **本人联系 电话** | | |  |
| **家庭详细**  **住址** |  | | | | | **身份证号及医保卡号** | |  | | | | | |
| **所在单位意见** | **（盖 章） 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| **审核专家意见** | **总医疗费用** |  | | | **基本医疗保险规定以外的个人负担医疗费用（自费）** | |  | | **符合基本医疗保险规定的个人负担医疗费用** | | |  | |
| **初审专家签字** | |  | | | | **复核专家签字** | | | |  | | |
| **辽宁省医疗保障事务服务**  **中心意见** | **年度救助金额：**  **业务初审 ：**  **业务复审：**  **(盖 章) 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |

申请时间: 年 月 日