**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