

附件 2

上海市民社区医疗互助帮困计划住院医疗费 补助申请表

姓名		性别		出生年月	
身份证号			单据张数		
人员属性	☐ 支内 ☐ 支疆 ☐ 异地安置干部 ☐ 文革期间知青 ☐ 文革前知青 ☐ 上述人员配偶				
联系地址					
联系电话				邮政编码	
医疗费情况	医疗费总额：_____ 扣除以下项目： 1. 外省市当年住院起付线_____ 2. 外省市当年住院医疗费报销金额_____ 3. 不属于本市职工基本医疗保险支付范围的费用金额_____ 4. 其他_____				
住院自负医疗费补助标准(元)					
实际申请补助金额(元)					
社区事务受理中心审核意见	经办人 年 月 日				
区医保事务中心审核意见	经办人 年 月 日				

申请人签章：

申请日期

年 月 日