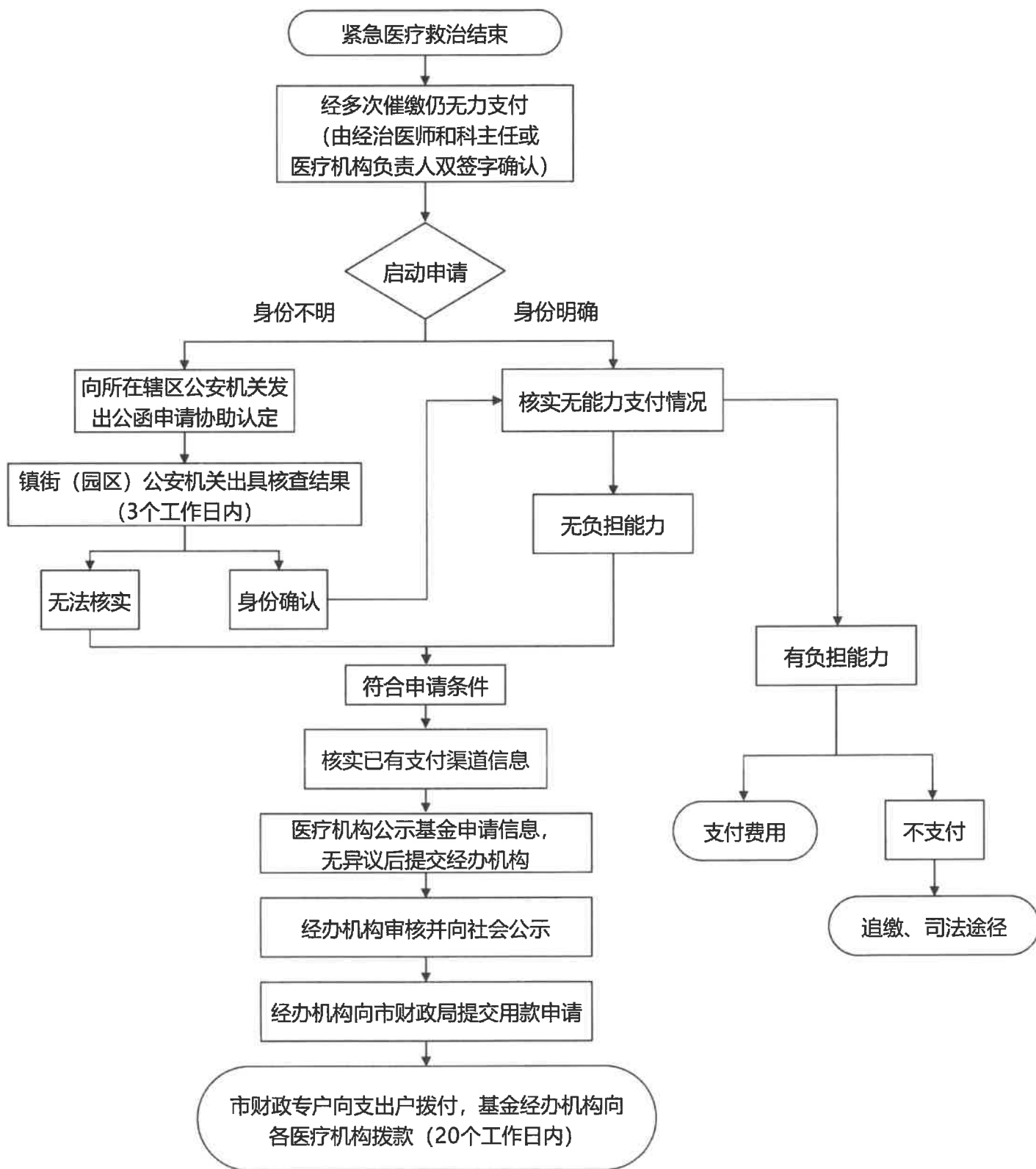


东莞市疾病应急救助基金申请流程图



附件 2

东莞市疾病应急救助基金申请表

收治医疗机构:

编号:

姓名		性别		年龄		出生日期		贴照片
曾用名		国籍		民族		籍贯		
住院号		入院时间		出院时间				
门急诊号		门急诊时间						
联系方式	固定电话:			手机号码:				
有效证件类型			证件号码					
现居住地址			户籍地址					
联系亲友	亲友身份证号		亲友联系电话		亲友联系地址			
来院方式	120 <input type="checkbox"/> 公安机关 <input type="checkbox"/> 家属亲友 <input type="checkbox"/> 自行前往 <input type="checkbox"/> 群众 <input type="checkbox"/> 其他医疗机构 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>							
诊断					救治总费用			
急救期费用			欠费金额				急救期天数(天)	
已支付费用	责 任 人:		元;		工 伤 保 险:		元;	
	基本医疗保险:		元;		商 业 保 险:		元;	
	医疗救助基金:		元;		社 会 救 助:		元;	
	生 育 保 险:		元;		其 他 医 疗 救 助:		元;	
	公共卫生经费:		元;		自 费:		元。	
	合 计:		元。					
本人阅读并知晓疾病应急救助制度, 并郑重承诺: 本人情况属于基金救助的对象及范围。如有弄虚作假, 本人愿意承担一切后果。								
病人/家属签字: _____ 年 月 日								
申报医院 意见	<input type="checkbox"/> 1. 无法核实身份患者所发生的急救费用。 <input type="checkbox"/> 2. 身份明确但无力缴费的患者所拖欠的急救费用。 <input type="checkbox"/> 3. 符合《需要紧急救治的急危重伤病标准及诊疗规范》() 诊断标准和诊疗规范。							
	法定代表人(签章):				(医院盖章)			
					年 月 日			

备 注:

1.本表仅用于东莞市内各级医疗机构收治疾病急救救助患者后按规定进行身份确认和疾病应急基金补助申请，一人一表，由患者或其亲属、收治医疗机构填写。

2.收治医院机构向基金申请补助时，同时报送以下材料:

(1) 患者身份证明证件复印件或公安部门出具的患者身份核查说明。

(2) 患者已缴费用的医疗机构收费票据复印件。

(3) 医疗机构盖章的医疗费用清单，以及盖章的急救期医疗费用清单（个别特殊的需出示情况说明）。

(4) 门急诊患者提供医疗机构盖章的病历复印件；住院患者提供医疗机构盖章的长期、临时医嘱及入院记录、出院小结及住院病案首页复印件。

(5) 医疗机构银行账号信息。

(6) 医疗机构联系人信息。

(7) 疾病急救救助申请支付个案统计表、专家审核表。

(8) 经济困难情况证明，需提供由民政部门出具的低保、特困、孤儿、事实无人抚养儿童、低保边缘、刚性支出（支出型）困难家庭等证明或 120、110 处警单位、患者户籍所在地或居住地村（居）委会、所在单位审核确认并出具的无力支付医药费用证明。

3.生活费用为患者抢救期间，由医疗机构垫付的必须生活费用，其按照我市低保标准，折算成每人每天的生活费用予以补助。

东莞市疾病应急救助申请个案专家审核表

(统计期间: XXXXX 年 X 月 X 日 - XXXXX 年 X 月 X 日)

申报医疗机构: (盖章)

填报人:

序号	患者姓名	年龄	性别	诊断/病种	急救日期	救助医疗机构	救助类别		患者总费用 (元)	急救期医疗费用 (元)	急救期必须的生活费用 (元)	已支付费用 (元)	申请基金金额 (元)	是否符合救助条件	备注
							身份不明	无力支付							
合计							救助人次		金额						

专家审核意见 (签名):

审核日期: 年 月 日

附件 6

东莞市疾病应急救助基金落实情况表

报送单位（公章）：		填表人：		联系电话：		填写时间：	
医疗机构名称	申请拨付金额	审核通过金额	实际拨付金额	退回基金账户金额	备注		

统计时限： 年 月 日—— 年 月 日