

中国初级卫生保健基金会 “血有止境，自由人生” 血友病患者援助项目

援助申请表

填写说明：

- 1.请清楚、完整地填写基本信息，每张发票需分栏填写。
- 2.申请时请提供发票原件（如发票需报销，需在完成报销后再进行项目申请）、及对应药品清单原件。
- 3.所有申请资料请按日期、就诊顺序依次装订在本申请表。

基本信息										
姓名		性别		医保类型	<input type="checkbox"/> 城镇居民医保	<input type="checkbox"/> 城镇职工医保	<input type="checkbox"/> 新农合医保	<input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 其他保险补偿	
身份证号码				年龄		联系电话				
开户行全称										
开户行所在支行										
患者本人银行账号 (须与首次申请账号一致)										
发票号	发票日期	就诊城市	就诊医院	百因止规格 (IU)	百因止数量 (支)	百因止药品 总金额	医保支付金额	其他保险补偿 (如无,可不填)	自付金额	申请援助金额

申请人签字：

日期：

药师签字：

日期：

(如患者自行申请无需药师签字)