

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
患者基本信息登记表

申 请 人 信 息 填 写	姓名		性别		年龄		黏贴照片 (一寸近照)	
	身份证号码	□□□□□□□□□□□□□□□□□□						
	联系电话							
	第一联系人姓名: _____ 电话: _____ 与申请人关系: _____							
	家庭住址	_____ 省 _____ 市 _____						
	家庭成员名单: 姓名: _____ 与申请人关系: _____ 姓名: _____ 与申请人关系: _____ 姓名: _____ 与申请人关系: _____ *填写说明: 1. 已满 18 周岁的患者, 如为已婚需填写配偶信息, 提交本人及配偶经济收入证明; 如未婚只需填写本人信息, 提交本人经济证明。 2. 未满 18 周岁的患者, 需同时填写父母相关信息, 提交父母经济收入证明。							
	家庭成员数			上年度家庭全年总收入				
医保情况	参保城市	_____ 省 _____ 市		医保报销比例		%		
	参保类型	<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"/> 其它_____						
申请理由	患者本人签字: _____ 日期: _____							

备注: 此援助项目为慈善患者援助, 将受到国家有关部门审计, 请如实填写, 如有不实或隐瞒, 将取消援助资格, 情节严重将负法律责任。