

中国初级卫生保健基金会

血友病患者规范化治疗检测支持项目

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.申请时请提供检查发票原件（如发票需报销，需在完成报销后再进行项目申请）、及对应报告清单原件。
- 3.审核通过后，可获得相关检查费用自付部分的资金补助，因援助资金有限，满足条件的患者并不等于一定能得到援助。

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_____	其他保险补偿			
身份证号码				年龄		联系电话			
检查项目	<input type="checkbox"/> 因子活性检测		<input type="checkbox"/> 抑制物检测		<input type="checkbox"/> 关节 B 超	<input type="checkbox"/> 关节 X 线	<input type="checkbox"/> 关节 CT	<input type="checkbox"/> 关节核磁共振 MRI	<input type="checkbox"/> 关节评估检测
	<input type="checkbox"/> PK 检测（药代动力学检测）			<input type="checkbox"/> VWF 抗原检测		<input type="checkbox"/> 病毒检测（肝炎/HAV, HBV, HIV）			
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	检查费用总金额	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	

患者或法定监护人签字:

日期: