

附件

# 吉林省省直医疗保险 医疗救助申请表

填报单位: \_\_\_\_\_

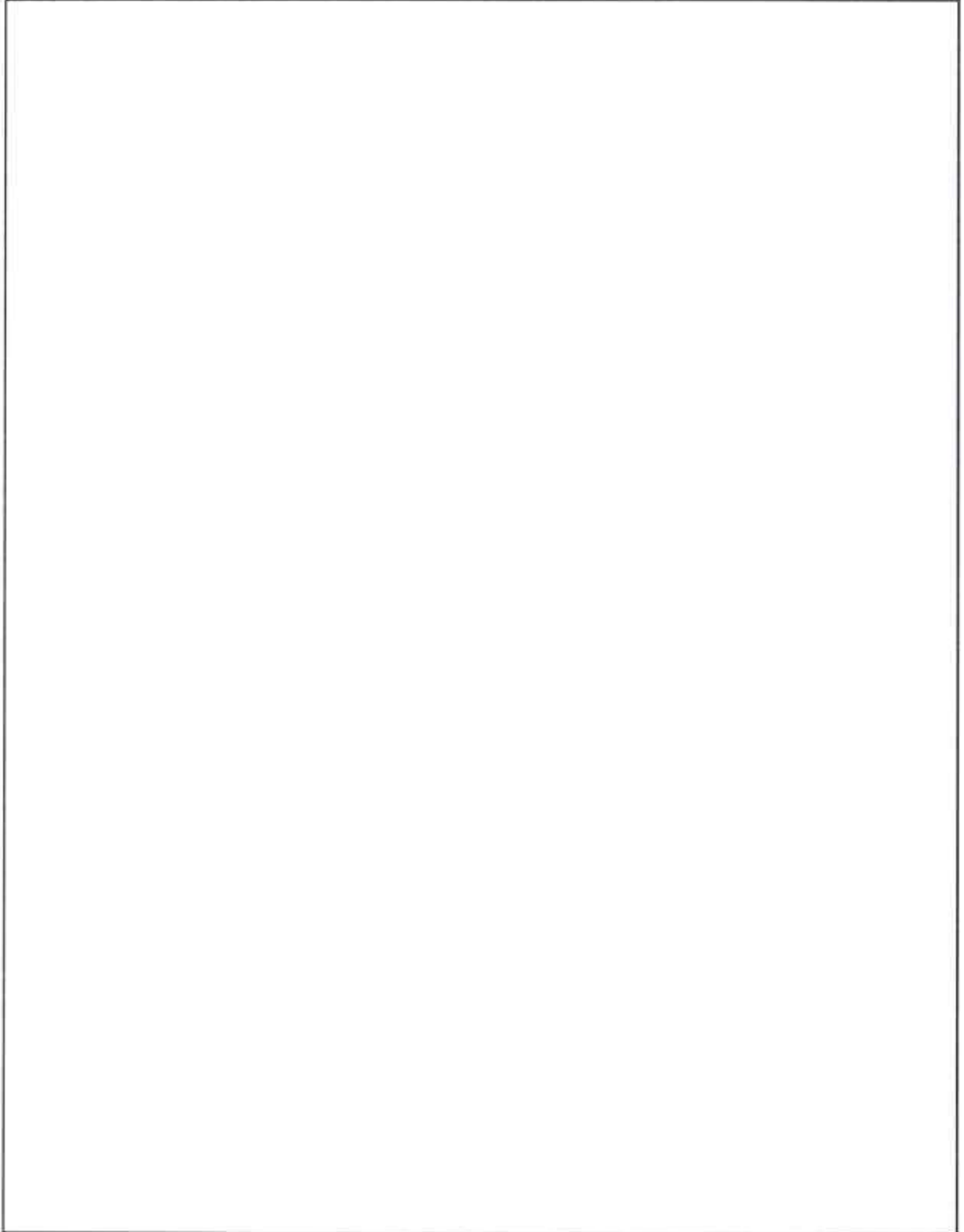
申请人姓名: \_\_\_\_\_

医保编号: \_\_\_\_\_

吉林省社会医疗保险管理局印制

申请人姓名		性别		出生年月		票据张数	
医保编号		人员类别	在职 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 保健 <input type="checkbox"/>	建前 <input type="checkbox"/> 劳模 <input type="checkbox"/>	申请人手机		
单位				单位经办人		联系电话	
年度医疗费总额：（元）					申请人： （签章）		
<b>以上由申请人（或代理人）填写</b>							
单位 确 认 意 见	<div style="text-align: right;">（单位公章）</div>						<div style="text-align: right;">年 月 日</div>
领款人银行卡姓名_____银行类别_____							
领款人银行卡号_____							
提供以下材料： （1）被救助本人银行卡、身份证原件及复印件，若由代办人办理，须同时提供代办人身份证原件及复印件。 （2）被救助本人因特殊原因无法提供本人银行卡，委托其他人办理的，须提供个人授权委托书，被救助人和受托人身份证原件及复印件，款项打入受托人银行卡中。 （3）被救助本人因特殊原因无法提供本人银行卡，委托单位办理的，须提供单位授权委托书，单位受托人身份证原件及复印件，款项打入单位受托人银行卡中（被救助人死亡待遇领取仅限按本条办理）。							
承诺：本人已认真核对了上述信息、资料，确保填写、提供的信息、资料真实、准确，如有虚假，愿意承担相应责任。							
申请人（代理人）签字：				签字人手机：			
年 月 日							

## 票据粘贴处



## 填报须知

1、申请人须准确填写《吉林省省直医疗保险医疗救助申请表》有关栏目，其中患病情况简介填写患病情况（主要诊断）、治疗情况（包括初诊医院、诊疗经过、用药情况等）、目前的状况。

2、申请人需提供医疗费用收据原件（报销凭证原件）。

3、申请人所在单位确认后，单位负责人签字并加盖单位公章，由单位统一报送省医保局综合业务部。

4、此表为 A3 正反两面打印，可复印。