附件1：

申请书

（模板）

我是×××村（社区）×××村小组村民，姓名：×××，×族，身份证号码：×××××××××，本人（家庭情况）家庭人口×人，家庭成员务工情况说明（如在哪里务工、收入情况、电话号码等）。

依申请医疗救助的原因：因×××××××××造成家庭困难，现特向医保部门申请医疗救助，望给予审批为盼。

此致

申请人：×××（盖手印）

（村委会签署意见并盖章） ××××年××月×日

附件2：

大姚县依申请医疗救助申报及审批表

申请编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  基本情况 | 姓名 | |  | 性别 |  | 年龄 |  | | | 身份证号码 | | |  |
| 家庭住址 | |  | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 申请救助对象当年参保情况 | □参加本市城乡居民基本医疗保险 □参加本市职工基本医疗保险 □异地参保（ ） | | | | | | | | | | | | |
| 人员属性 | 民政部门认定对象🞎　　　　乡村振兴部门认定对象🞎　　　　工会部门认定对象🞎 | | | | | | | | | | | | |
| 申请救助金额 | | 申请救助时间：\_\_\_ \_年\_ \_月\_ \_日至\_\_ \_\_年\_ \_月\_\_\_日 | | | | | | | | | | | |
| 门诊费用 | 发票张数  （原件或复印件） | | |  | | | 门诊合计费用（元） | | |  | |
| 住院费用 | 发票张数  （原件或复印件） | | |  | | | 住院合计费用（元） | | |  | |
| 银行卡或社保卡开户银行（具体填写到具体开户网点名称） | | |  | | | | | | | | | | |
| 银行卡或社保卡账户名称 | | |  | | | | | | | | | | |
| 银行卡或社保卡账号 | | |  | | | | | | | | | | |
| 申请人（代办人）签名 | | | 签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 乡镇人民政府受理意见 | | | 经审核，提交的相关资料符合医疗救助申请条件，予以受理。  经办人签名： 年 月 日  （盖章） | | | | | | | | | | |
| 认定部门审核意见 | | | 经核查，该申请对象认定为　　　　对象，符合享受医疗救助。  初审人签名： 年 月 日  复核人意见： 年 月 日  单位负责人签名： 年 月 日    　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （单位盖章） | | | | | | | | | | |
| 公示期： 年 月 日至 年 月 日 公示结果：无异议（ ）、有异议（ ） | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗保障部门核准  救助金额 | | | 医保经办机构审核意见: 经审核，本次予以医疗救助 元。    初审人签名： 年 月 日  复审人签名： 年 月 日  医保经办机构负责人签名： 年 月 日  （单位盖章） | | | | | | | | | | |

说明：

医疗救助对象应如实提供如下材料：

（一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡。

（二）基本医疗保险 （含大病保险）报销后的结算单；若无结算单的，申请人应当提供能够证明合规医疗费用的有效凭证，如法定的医疗机构门诊或住院收费收据（收费收据损坏或丢失的，可提供复印件并由医疗机构相关科室盖章确认）、当次收费汇总清单（明细表）、出院记录（或出院小结）、《疾病诊断证明》等资料。

附件3：

大姚县特定对象医疗救助办理流程

**携带住院相关材料至大姚县政务服务管理局医保窗口办理零星报销**

**定点医疗机构“一站式”结算**

**出院个人垫付医疗费用**

**入院登记**

**身份审核**

**入院备案登记**

**特困供养人员**

**最低生活保障对象**

困难职工及相对困难职工

**因病致贫重病患者**

**低保边缘对象、返贫致贫众人人口**

零星报销结算

“一站式”结算

附件4：

依申请医疗救助办理流程

**不属特定对象的其他困难人员**

**存在因病致贫返贫家庭重症患者**

不符合

**根据家庭经济状况认定标准开展核对**

**向户籍所在地乡镇人民政府医保窗口提出申请，或由村（居委）、个人代为提出申请**

（3个工作日）

**当场告知不符合救助情况**

医保窗口书面审核，并分办转办及反馈结果

符合

（5个工作日）

工会

乡村振兴

民政

**告知申请人并说明理由**

**县级民政、乡村振兴、工会部门作调查核实并认定**

（10个工作日）

（3个工作日）

不符合

认定通过

公示

（公示5日）

无异议（7个工作日）

县医疗保险中心核算救助金标准并拨付至困难对象个人银行账户

附件5：

大姚县特定医疗救助对象信息数据交接记录表

数据提供单位公章： 单位负责人： 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 性别 | 住址 | 人员类别 | 新增或退出 | 待遇生效（或失效）日期 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

移交人： 联系电话： 接手人： 联系电话：

移交日期： 接手日期：