

申请表单（附表二）

中国初级卫生保健基金会
爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目
患者基本信息登记表

姓名		性别		年龄		黏贴 照片 (一寸近照)
身份证号						
本人电话						
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。						
家庭成员人数			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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 患者本人签字 日期： </div>					