

中国红十字基金会“天使友爱”血友病患者援助项目

患者基本信息登记表

申请人信息	姓名		性别		年龄		照片 (一寸近照)
	身份证号码				联系电话		
	家庭住址	省_____市_____					
第一联系人	姓名		与申请人关系		联系电话		
申请人	家庭主要成员	姓名			与申请人关系		
家庭情况	上年度家庭全年总收入						
	<p>*填写说明:</p> <p>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。</p> <p>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。</p>						
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	<p style="text-align: center;">患者本人签字: _____ 日期: _____</p>						

备注: 此项目为慈善患者援助项目，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。

