

## 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费用结算部。
4. 此表可复印。

# 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：\_\_\_\_\_

申请人姓名		性别		出生年月		职务	
医保编号		人员类别	在职 <input type="checkbox"/> 建前 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 劳模 <input type="checkbox"/> 保健 <input type="checkbox"/> 工伤 <input type="checkbox"/>	申请人电话	固话： 手机：		
单位			经办人		联系电话		
患病情况简介							
年度医疗费用(元)	医疗费总额①： (①=②+③)					申请人： (签章)	
	医保支付金额(含个人账户)②：						
	个人现金额③：						
以上由申请人(或代理人)填写							
单位确认意见	<p style="text-align: right;">(单位公章)</p> 负责人：(印章)                                  年 月 日						
以下由吉林省社会医疗保险管理局填写							
审核情况(元)	年度医疗费用合计：¥ _____	救助金额合计：¥ _____					
	个人负担费用合计：¥ _____						
	救助总金额：(大写)						
初审人：(签章)                                  复核人：(签章)							
局长审核意见	<p style="text-align: right;">局长：(签章)                                  年 月 日</p>						

序号	票据名称	张数
以上由申请人(代理人)填写		

### 票据粘贴处

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，愿意承担因提供虚假信息而

申请人(代理人)签字：                                  年 月 日