

福建省正能量公益服务中心
“乡村振兴 健康护航”医疗救助申请表

申请人基本情况	姓名		性别		出生年月	
	身份证号码				联系电话	
	家庭住址	_____县（市、区）_____镇（街道）_____村（居委会）_____组				
	享受医保情况	☐ 城镇职工医保 ☐ 城乡居民医保 ☐ 无医保				
	开户银行			银行帐号		
本人或监护人申请	本人 _____，因家庭困难自愿申请在龙岩牡丹医院救助治疗。 申请医疗救助科别： ☐ 妇产科 ☐ 外科 ☐ 内科 ☐ 眼科 ☐ 中医科 申请人（或监护人）签字：_____ 年 月 日					
社区或村（居委会）或单位证明	_____ (盖章) 年 月 日					
实施医院审核意见	该申请人实施医疗病种： ☐ 妇产科：_____ ☐ 外科：_____ ☐ 内科：_____ ☐ 眼科：_____ ☐ 中医科：_____ (盖章) 年 月 日					
福建省正能量公益服务中心审批意见	☐ 符合同意 ☐ 不符合不同意 (盖章) 年 月 日					
申请时需提交材料	1、福建省正能量公益服务中心“乡村振兴 健康护航”医疗救助申请表； 2、申请人身份证复印件（有残疾证或其它证明一并复印提交）					