

申请表单（附表四）

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
援助申请表

填写说明：

1. 请清楚、完整地填写基本信息，每张发票需分栏填写。
2. 申请时请提供购药发票原件（如发票需报销，需在完成报销后再进行项目申请）及对应购药清单。

患者姓名		身份证号	
身份证号		身份证号	
联系方式		联系方式	
医保类型		医保类型	
<input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 新农合医保 <input type="checkbox"/> 其他			
银行卡信息			
开户行全称		身份证号	
开户行所在支行			
银行卡号			
发票信息			
患者填写区		项目办或一站式机构填写区	
发票日期	就诊城市	就诊医院	任捷®规格 (IU)
			任捷®数量 (支)
			任捷®药品总金额
			医保支付金额
			其他医保补偿 (可不填)
			自付金额
			申请援助金额

患者或被委托人签字：

日期：

医生/药师签字：

日期：