|  |
| --- |
| 附件3疾病应急救助基金申请表（单位） |
| 申报单位（公章）： | 填写时间： |
| 患者姓名 | 年龄 | 性别 | 诊断 | 救助医疗机构 | 救助类别 | 患者总费用（元） | 已支付费用（元） | 申请基金支付费用（元） | 备注 |
| 身份不明 | 无力支付 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |