

附件 1: 北戴河区红十字会

城乡困难群众大病医疗救助金申请表

申请时间: 2024 年 10 月 21 日

姓名	李云敏	性别	女	民族	汉	出生年月	1952 年 4 月 9 日
身份证号	130304	2524	联系电话		131 18		
家庭住址	北戴河 3 号						
所患病种、确诊时间、现在何处住院治疗	恶性肿瘤 浆细胞白血病, 多发转移瘤, 骨质破坏, 重度骨质疏松, 高血压 3 级, 2019 年 7 月确诊, 2023 年 4 月复发						
患者治疗费用情况	住院治疗总费用	30 万	城乡医保支付	城乡医保	大额医疗保险支付		其他医疗补助
患者家庭成员或亲属	姓名	与患者关系	年龄	职业	月收入	健康状况	联系电话
	王 山	儿子	49 岁	无	无	健康	1312
	王 辉	儿子	47 岁	医保中心	2500	健康	13930
患者家庭经济情况	患者李云敏老伴世, 没有工作, 没有退休金, 没有经济来源, 治疗方面现在每月 1 次化疗和 (输液) 和 吃药化疗, 费用需每月 8400 元, 生病到现在 30 多万医疗费用共 21 万 30 多万						
居民委员 (村委) 会意见:	(章)			街道办事处 (乡镇) 意见:			
2024 年 10 月				(章)			
县区红十字会意见:	(章)			年 月 日			

注: 申请人请另附: 1. 求助申请书 2. 申请人身份证、户口簿户主页、本人页原件及复印件 3. 二级甲等以上医院诊断证明原件 4. 住院病案病例首页复印件 (加盖医院病案复印章) 5. 医疗收据原件或报销后的医疗收据复印件和报销单据, 所有复印件均需加盖报销部门公章 6. 所在村 (居) 委员会出具的困难证明或低保证原件和复印件 (审核通过的资料不予退还) 7. 需提供本人银行卡号。



扫描全能王 创建



对公结算业务申请书

申请日期: 2024年 12月 25日

NO. 00419644

业务类型		☒ 汇款(实时 ☒ 普通(延时) ☐ 次日 ☐ ☐ 银行汇票 ☐ 银行本票 ☐ 其他												
申请人	全 称	秦皇岛市北戴河区红十字会				收款人	全 称	李云敏						
	账 号	6020113001					账 号	02218038						
	开户行	河北省秦皇岛市/县 秦皇岛银行北戴河支行					开户行	河北省秦皇岛市/县 中国邮政储蓄银行秦皇岛北戴河支行						
金额	人民币(大写)	伍仟元整						拾亿千百十万千百十元角分						
							支付密码							
							附加信息及用途: 城乡困难群众大病医疗救助金							

支行
第二联
客户回单

复核:

记账:

