附表1

**疾病应急救助基金申请支付情况个案统计表**

**（统计期间：20\_\_年\_\_月\_\_日-20\_\_年\_\_月\_\_日,20\_\_年度第\_\_次上报）**

省份：（盖章） 填报人： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 患者姓名 | 年龄 | 性别 | 诊断/病种 | 救治日期 | 救助医疗机构 | 救助类别 | 患者总费用 | 申请基金金额 | 基金实际 支付金额 | 退回资金 |
| 身份不明 | 无力支付 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | 救助人次 |  | 金额 |  |  |  |

填表说明：

1.“诊断/病种”一栏按照《需要紧急救治的急危重伤病标准及诊疗规范》给出的名称填写。 2.“救助类别”一栏，在相对应的身份不明或无力支付下填“1”。 3.患者总费用、申请基金金额、基金实际支付金额、退回资金的单位:元，精确到小数点后2位。