

填报须知

- 1、申请人须准确填写《吉林省省直医疗保险医疗救助申请表》有关栏目。
- 2、申请人需提供医疗费用收据原件（报销凭证原件）。
- 3、申请人所在单位确认后，单位负责人签字并加盖单位公章，由单位统一报送至省政务大厅医保窗口。
- 4、此表为 A3 正反两面打印，可复印。

吉林省省直医疗保险 医疗救助申请表

填报单位: _____

申请人姓名 : _____

身份证号: _____



吉林省社会医疗保险管理局印制

申请人姓名		性别		出生年月		职务	
人员类别	在职□ 建前□ 退休□ 劳模□ 保健□			申请人手机			
单位			单位经办人		联系电话		
年度医疗费总额(元)	医疗费总额①: (①=②+③)				申请人: (签章)		
	医保支付金额(含个人账户)②:						
	个人现金金额③:						
以上由申请人(或代理人)填写							
单位确认意见	<div style="text-align: right;">(单位公章)</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 负责人:(印章) 年 月 日 </div>						
领款人银行卡姓名_____银行类别_____							
领款人银行卡号_____							
提供以下材料:							
<p>(1) 被救助人本人银行卡、身份证原件及复印件,若由代办人办理,须同时提供代办人身份证原件及复印件。</p> <p>(2) 被救助人因特殊原因无法提供本人银行卡,委托其他人办理的,须提供个人授权委托书,被救助人和受托人身份证原件及复印件,款项打入受托人银行卡中。</p> <p>(3) 被救助人因特殊原因无法提供本人银行卡,委托单位办理的,须提供单位授权委托书,单位受托人身份证原件及复印件,款项打入单位受托人银行卡中(被救助人死亡待遇领取仅限按本条办理)。</p>							
承诺:本人已认真核对了上述信息、资料,确保填写、提供的信息、资料真实、准确,如有虚假,愿意承担相应责任。							
申请人(代理人)签字:				签字人手机:			
年 月 日							

序号	票据名称	张数
以上由申请人（代理人）填写		

票据粘贴处

