



中国初级卫生保健基金会
共赋友助-乙型血友病患者援助项目
援助申请表

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。

基本信息						
患者姓名	联系方式		身份证号			
医保类型	☐ 城镇居民医保		☐ 城镇职工医保		☐ 新农合医保 ☐ 其他	
银行卡信息						
户主姓名	联系方式		身份证号			
开户行全称						
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			
发票号	发票日期	就诊城市	就诊医院	贝赋® 规格 (IU)	贝赋® 数量 (支)	贝赋® 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

日期：..