附件4：

市红十字人道助医救助金核算清单

姓名：　　　　 性别：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 审核计算及资助金额：  \*\*\*年门诊及住院收据　张，花销总金额　元，合格金额　　元，统筹支付　元，大病保险支付　　元，困难居民医疗救助　元，自费合规　元。  资助（30% 50% 60%）计：　　 元　。  　　附：单据 | | | | | | |
| 住院日期（门诊） | 总费用 | 合规  金额 | 统筹  支付 | 大病保  险支付 | 医疗  救助 | 自费  合规 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |

经手人签字：　　　审核人签字： 红十字会（盖章）

2019年　月　　　日