广西危重孕产妇救助项目经费明细表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 号 | 姓名 | 住址 | 诊断 | 抢救医院 | 住院 总费用 | 基本医保报销费用 | 大病保险报销费用 | 其他 补充 医疗 保险 费用 | 个人 自付 费用 | 申请救 助费用 | 入院日期 | 出院日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：个人自付费用=总费用-基本医保报销费用-大病保险报销费用-其他补充医疗保险报销费用。

填报单位： 填报人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日