附件

# 湖南省无偿献血者及其亲属临床用血费用报销所需材料

一、无偿献血者本人在就诊医疗机构报销临床用血费用需提供:

无偿献血者有效身份证或军官证原件及复印件。

二、无偿献血者亲属在就诊医疗机构报销临床用血费用需提供:

（一）无偿献血者有效身份证或军官证原件及复印件;

（二）无偿献血者亲属有效身份证明复印件;

（三）《湖南省无偿献血者及其亲属临床用血费用报销承诺书》。

无偿献血者及其亲属在血站或通过微信、APP 等方式报销临床用血费用时,按原《湖南省卫生计生委关于印发<湖南省无偿献血者及其亲属临床用血费用报销工作管理办法（试行）>的通知》（湘卫医发〔2015〕26号）的有关规定执行。

三、医院需上传的资料:

（一）无偿献血者和用血者身份证或军官证复印件;

（二）医院用血费用清单复印件;

（三）医院用血费用结算发票复印件;

（四）湖南省无偿献血者及其亲属临床用血费用报销申请表;

（五）湖南省无偿献血者及其亲属临床用血费用报销承诺书。

# 湖南省无偿献血者及其亲属临床用血费用报销申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 申请人 | |  | 身份证号 | | |  |
| 无偿献血者信息 | 姓 名 | |  | 身份证号 | | |  |
| 献血地血站 | |  | | | | |
| 用血者信息 | 姓 名 | |  | 身份证号 | | |  |
| 与献血者关系 | | 口本人 口父亲 口母亲 口配偶 口儿子 口女儿 | | | | |
| 入院日期 | |  | 就诊医院 | |  | |
| 本次就诊（住院） 用血情况 | 本次用血费用 元。用血情况如下: | | | | | | |
| 无偿献血者 银行账户信息 | 开 户银行 |  | | 账号 |  | | |
| 申请人 | 用血者符合《湖南省实施<中华人民共和国献血法>办法》规定享受无偿献血者及其亲属临床用血费用报销条件，特申请用血费用报销。  签名（手印） 年 月 日 | | | 联系电话 | |  | |
| 献血地血站审核意见 | 经核实，该献血者在我站曾参加无偿献血，献全血 （ml），献机采 （治疗量）。据相关政策报销金额 元。  经办人： 年 月 日 | | | | | | |

注:1.此表从《湖南省无偿献血费用报销管理系统》中下载,由就诊医疗机构指导申请人填写；

2.此表由申请人确认签字后扫描或拍照后上传。

湖南省卫生健康委制

# 湖南省无偿献血者及其亲属临床用血费用报销承诺书

本人（姓名）： ，身份证号码： ，与无偿献血者（姓名） ，身份证号码： ， 系无偿献血者（口本人 口父亲 口母亲 口配偶 口儿子 口女儿），符合《湖南省实施<中华人民共和国献血法>办法》规定享受无偿献血者及其亲属临床用血费用报销条件。

本人郑重承诺:本次临床用血费用报销所提交的所有资料均真实有效,因虚假关系或虚假材料等原因导致湖南省及各市州财政经费流失及献血者本人的权益损害,由本人承担相应法律责任及后果。

经无偿献血者同意，授权 医院向献血地血站提供本次用血费用报销的相关资料。

承诺人（报销申请人）签名（按指印））：

联系电话：

年 月 日

注:承诺人为无偿献血者或用血者。如用血者活动障碍无法签名时可由其亲属代签“XX代”、按代签人的手印,并在医护人员监督下协助用血者按手印。代签者身份证号: 。