

医疗折扣申请 业务服务

患者部分

姓名: _____
出生日期: _____ / _____ / _____ 社保号: _____ - _____ - _____
地址: _____
市: _____ 州: _____ 邮编: _____
主要电话: _____ 次要电话: _____
雇主: _____ 年收入: _____

总家庭人数: _____

家庭成员: _____	关系: _____

****与申请一同提交****

- 往年税单副本, 1040 部分的第 1 页
- 医疗援助裁定函 (近期)

申请人签名

日期

业务办公室部分

担保人账号: _____ 担保人姓名: _____
 总检察长 符合资格——全部/部分 _____ 患者负责比例: _____
 未偿付护理 不符合资格: _____
裁定人: _____ 折扣年份: _____