附件1

关于查询重特大疾病相关信息的函

编号：

（医疗保障部门）：

根据本辖区儿童： （身份证号： ）之父/母： （身份证号： ）声明，其因患病于 年 月 日至 年 月 日就医治疗。根据《关于进一步加强事实无人抚养儿童保障工作的实施意见》（民发〔2019〕62号）及我市重特大疾病医疗救助相关规定，请就该声明人相关重特大疾病医疗救助信息向我单位函复说明。

望回函为盼。

联系人： 联系电话：

乡镇（街道）（公章）

年 月 日

（骑缝章）

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

关于查询重特大疾病相关信息的回函

编号：

乡镇（街道）：

今收到《关于查询重特大疾病相关信息的函》（编号： ）。经系统内查询，该声明人 （身份证号： ）因患病自 年 月 日至 年 月 日期间医疗总费用为 元，其中基本医保报销 元，大病保险报销 元。

特此说明。

联系人： 联系电话：

医疗保障部门（公章）

年 月 日