**填表说明**

* + 本表可由患者本人或者直系亲属填写，其中患者签名部分务必由患者本人填写。
	+ 本表需要用黑色或蓝色签字笔逐栏正楷填写，不得涂改，不得空缺，没有填“无”。
	+ 请患者认真阅读下列全部内容，按照要求准备相关材料， 填写相关信息。
	+ **需邮寄材料（所有材料请勿粘贴,并全部使用 A4 纸张打印或者复印）**
	1. 《新希望-血液领域医学发展专项多发性骨髓瘤患者补助项目补助申请表》原件（1 份）；
	2. 《新希望-血液领域医学发展专项多发性骨髓瘤患者补助项目知情同意书》原件（1份）；
	3. 患者本人疾病诊断证明材料复印件（1 份）；
	4. 博鳌超级医院住院发票及住院记录原件（注：医保报销后的住院相关的费用发票、明细清单、医保结算单，如医保部门报销后已留存原件，患者可以提供票据复印件加盖医保部门公章）；
	5. 患者本人有效期内的二代身份证正反面复印件（1 份）（注：未成年患者如无身份证，需提供本人户口本复印件）；
	6. 患者本人或患者指定汇款银行卡正反面复印件（1份）。

**新希望-血液领域医学发展专项**

**多发性骨髓瘤患者补助项目**

**补助申请表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者姓名： | 性别： |  患者近期 1 寸证件照 |
| 身份证号： | 联系电话： |
| 直系亲属姓名： 联系电话： |
| 邮寄地址： |
| 初诊为多发性骨髓瘤的时间： | 年 月 日 |
| 是否在博鳌超级医院接受过多发性骨髓瘤治疗： | 是 否 |
| 博鳌超级医院入院时间： | 博鳌超级医院出院时间： |
| 患者本人银行账户名称（开户人姓名）： |
| 开户行名称： | 银行账号： |
|  以下部分无需申请人填写 |
| 新希望-血液领域医学发展专项项目办公室审批意见年 月 日 |

患者本人签名：

北京康盟慈善基金会

新希望-血液领域医学发展专项办公室