

保险后差额/经济援助/自费申请表

**请工整书写**

申请日期：\_\_\_\_\_ 年 月 日 PFC \_\_\_\_\_ FT \_\_\_\_\_  
(仅限于办公室使用 (office use only))

责任方：\_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 中间名首字母 \_\_\_\_\_

患者姓名：\_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 中间名首字母 \_\_\_\_\_  
(每位患者需要填写一份申请表)

医疗保健期间的患者地址：\_\_\_\_\_ 街道 \_\_\_\_\_ 公寓号 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 省 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_ 县 \_\_\_\_\_  
当前地址 \_\_\_\_\_ 街道 \_\_\_\_\_ 公寓号 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 省 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_ 县 \_\_\_\_\_

医院服务日期：\_\_\_\_\_ 年 月 日 患者出生日期：\_\_\_\_\_ 年 月 日

患者在接受医院服务时是否具有健康保险或 Medicaid? 是  否

**\*如果您的回答为“是”，请附上患者的保险卡或 Medicaid 卡的副本（正反面），并填写以下内容：**

保险公司和/或 Medicaid 计划名称：\_\_\_\_\_

投保人 ID 号或 Medicaid ID 号：\_\_\_\_\_

**请注意：**

- 折扣不适用于 Robin Cotton 医生或非辛辛那提儿童医院医疗中心 (Cincinnati Children's Hospital Medical Center) 雇用医疗人员提供的专业服务，**也不给付共付额。**
- 其所参加的保险计划**未**与辛辛那提儿童医院医疗中心签订合约的家庭，将没有资格享受其索赔中未缴付部分的折扣。仅在由免赔额和/或共同保险产生的余额中有资格享受折扣。
- 经济援助为最后一种手段，享受折扣前应用尽其它适用的保险。

**请填写以下内容：** 如果患者年满 18 周岁及以上，则必须填写此申请。

请在下面列出所有家庭成员。包括患者、患者父母（无论他们是否在家里居住）及与患者一起住在家里的 18 周岁以下的孩子（自然或领养）。如果您需要更多空间，在下一页的支持声明框内列出住在家中的其他家庭成员。

家庭成员	年龄与出生日期	与患者之间的关系 (如果有不住在家里的父母，请注明)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**请填写此申请表的第二页并签字。**

