

附件 1

100 家医院名单

序号	省份	医院名称
1	辽宁	中国医科大学附属第一医院
2	辽宁	辽宁电力中心医院
3	辽宁	中一东北国际医院有限公司
4	辽宁	大连医科大学附属第一医院
5	辽宁	葫芦岛市第二人民医院
6	新疆	新疆医科大学第五附属医院
7	新疆	莎车县人民医院
8	新疆	乌鲁木齐市友谊医院
9	新疆	阿克苏地区第一人民医院
10	新疆	新疆四七四医院
11	上海	上海健康医学院附属崇明医院
12	上海	上海市静安区闸北中心医院
13	上海	上海市第一人民医院
14	上海	上海市第六人民医院东院
15	江苏	常州市第一人民医院
16	江苏	大丰市第二人民医院
17	江苏	苏北人民医院
18	江苏	扬州市中医院
19	江苏	江苏省中医院
20	江苏	徐州矿务集团总医院
21	江苏	连云港市第四人民医院
22	江苏	淮安市开发区医院
23	安徽	太湖县第二人民医院
24	安徽	德驭马鞍山总医院
25	安徽	宁国市人民医院
26	山东	胜利油田中心医院
27	山东	滨州医学院附属医院
28	山东	烟台市烟台山医院
29	山东	日照市人民医院
30	河北	邯郸二八五医院
31	河北	河北工程大学附属医院
32	河北	清河县中心医院
33	河北	河北省人民医院
34	河北	河北医科大学第一医院
35	河北	河北医科大学第四医院
36	河北	保定市第一中心医院
37	河北	石家庄市人民医院

序号	省份	医院名称
38	河北	沙河市中医院
39	北京	北京大学第三医院
40	北京	北京大学人民医院
41	北京	中国人民解放军总医院第一医学中心
42	陕西	西安市中心医院
43	陕西	秦岭医院
44	陕西	西北大学第一医院
45	山西	大同市第四人民医院
46	山西	忻州市第二人民医院
47	湖北	长阳土家族自治县中医院
48	湖北	宜昌市中心人民医院
49	湖北	十堰市郧阳区人民医院
50	湖北	航空工业襄阳医院
51	湖北	赤壁市中医医院
52	湖北	浠水县中医医院
53	甘肃	兰州石化总医院西区
54	甘肃	甘肃省武威肿瘤医院
55	甘肃	武威市凉州医院
56	云南	瑞丽市人民医院
57	云南	盈江州中医院
58	云南	绿春县人民医院
59	广西	灵山县中医医院
60	广西	北海市第二人民医院
61	广西	灵山县妇幼保健院
62	广西	钦州市第一人民医院
63	广西	梧州市龙圩区中医医院
64	广东	中山大学附属第八医院
65	广东	深圳市龙岗区第三人民医院
66	广东	深圳市龙岗中心医院
67	广东	南方医科大学顺德医院
68	广东	中山市中医院
69	广东	江门市中心医院
70	广东	高州市人民医院
71	广东	深圳市宝安区中心医院
72	广东	南方医科大学深圳医院
73	广东	深圳市宝安区人民医院
74	广东	深圳大学总医院
75	重庆	重庆医科大学附属第二医院
76	重庆	重庆市永川区人民医院
77	重庆	重庆大学附属三峡医院
78	重庆	重庆医科大学附属第三医院
79	四川	江油 903 医院

序号	省份	医院名称
80	四川	攀钢集团总医院
81	四川	巴中市中心医院
82	四川	内江市第二人民医院
83	四川	眉山市人民医院
84	四川	仁寿县中医医院
85	贵州	福泉市中医医院
86	贵州	贵州省职工医院（贵州省总工会花溪职工疗养院）
87	贵州	通用医疗三〇〇医院
88	贵州	六盘水首钢水钢总医院有限公司
89	贵州	安顺市人民医院
90	江西	南昌大学第一附属医院
91	湖南	益阳市中心医院
92	湖南	长沙市第三医院
93	河南	周口市中心医院
94	河南	新乡市第一人民医院
95	河南	河南大学淮河医院
96	河南	驻马店市中心医院
97	河南	淅川县人民医院
98	河南	鲁山县中医院
99	福建	福州市第一医院
100	福建	龙岩市中医院

附件 2

申请材料清单

1. 身份证明材料

(1) 申请患者身份证照片（正反面）；

(2) 18 周岁以下患者还需提供法定监护人的户口簿本人页及身份证照片（正反面）；

(3) 低收入患者，特别是原建档立卡贫困户、低保户患者，需提供相关证明材料（低收入证明/贫困证明/低保证明）；

(4) 现役及退役军人、消防员、教师、环卫工人、人民警察等公共服务职业的患者需提供工作证或职业证明文件。

2. 疾病证明材料

病案单、疾病证明书、出院小结等，须加盖**医院公章或医务处章**，诊断内容需体现尿毒症以及患有高血压/动脉粥样硬化/冠心病/心力衰竭/血管钙化等。

3. 领取救助材料

(1) 治疗凭证：如医疗收费票据、收费明细、收费结算清单等；

(2) 与申请人或法定监护人身份证信息相符的银行卡照片（需知晓户名、银行卡号、开户行支行信息）。

附件 3

中国人口福利基金会“守护心肾·健帆同行公益项目” 申请表

患者姓名		性别		省份	
年龄		身份证号码			
手机号码		紧急联系人 号码			
确诊病型					
拟就近选择的 治疗医院	(可参考 100 家医院名单)				
是否为以下 类型	<input type="checkbox"/> 低收入	<input type="checkbox"/> 低保户	<input type="checkbox"/> 原建档立卡贫困户		
	<input type="checkbox"/> 现役及退役军人		<input type="checkbox"/> 消防员	<input type="checkbox"/> 教师	
	<input type="checkbox"/> 环卫工人		<input type="checkbox"/> 人民警察		
	备注：低收入患者，特别是原建档立卡贫困户、低保户患者，需提供相关证明材料（低收入证明/贫困证明/低保证明）；现役及退役军人、消防员、教师、环卫工人、人民警察患者需提供工作证或职业证明文件。以上情况可获得优先资助资格。				
填报人姓名					
与申请人关 系	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 法定监护人： _____	<input type="checkbox"/> 其他： _____		
	备注：18 周岁以下患者由法定监护人进行申请填报，并提供法定监护人的户口簿本人页及身份证照片。				

患者承诺书

申请人（患者）现向中国人口福利基金会申请资助，并做出如下承诺：

一、申请人经医疗机构确诊为尿毒症，同时患有高血压/心血管疾病，需要采取组合型人工肾治疗方法治疗。申请人因家庭经济困难，无力承担全部医疗费用。

二、申请人自愿参加中国人口福利基金会“守护心肾·健帆同行公益项目”。

三、申请人保证在本项目申请、受助期间提供的个人信息、医学资料、诊疗费用票据的真实性和准确性。如有不实或虚假、隐瞒等情形的，申请人同意向中国人口福利基金会返还资助款，并承担相应法律责任。

四、申请人同意接受并配合中国人口福利基金会进行的信息资料核实工作。申请人同意接受一切合法形式的社会监督。

五、申请人同意中国人口福利基金会基于项目管理、执行、审计或有关监管部门核查、信息公开的目的使用申请人的个人信息、医学资料、诊疗费用票据。

（注：应当由患者本人向中国人口福利基金会提出资助申请并做承诺。患者为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人提出资助申请并做承诺。患者本人申请有困难的，可以委托他人代为提出资助申请并做承诺。）

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

患者或患者法定监护人签名：

年 月 日

中国人口福利基金会“守护心肾·健帆同行公益项目”
善款领取申请表

患者姓名		身份证号码	
手机号码		紧急联系人 号码	
银行卡户名（需与患者或患者法定监护人一致）			
银行卡卡号			
开户行			
治疗所在医院			
申请治疗次数			
备注：请确保所提供的银行卡账号使用正常。			

申请人所需提供的材料清单

1. 身份证明材料

(1) 申请患者身份证照片（正反面）；

(2) 18 周岁以下患者还需提供法定监护人的户口簿本人页及身份证照片（正反面）；

(3) 低收入患者，特别是原建档立卡贫困户、低保户患者，需提供相关证明材料（低收入证明/贫困证明/低保证明）；

(4) 现役及退役军人、消防员、教师、环卫工人、人民警察等公共服务职业的患者需提供工作证或职业证明文件。

2. 疾病证明材料

病案单、疾病证明书、出院小结等，须加盖**医院公章或医务处章**，诊断内容需体现尿毒症以及患有高血压/动脉粥样硬化/冠心病/心力衰竭/血管钙化等。

3. 领取救助材料

(1) 治疗凭证：如医疗收费票据、收费明细、收费结算清单等；

(2) 与申请人或法定监护人身份证信息相符的银行卡照片（需知晓户名、银行卡号、开户行支行信息）。