

# 福建省红十字会办公室文件

闽红办〔2022〕10号

## 福建省红十字会办公室关于启动2022年度福万通少儿重特大疾病医疗人道救助工作的通知

各市、县（区）红十字会，平潭综合实验区红十字会：

为做好2022年度福建省红十字会福万通少儿重特大疾病医疗人道救助工作，现就有关事项通知如下：

### 一、救助原则

遵循“定点医院、定病种，坚持量入为出、分档救助”的原则，同等条件下，依照申请顺序受理。原则上每年度的救助金发放总额不透支。

定点医院详见附件1，救助病种详见附件2。

### 二、救助对象

具有福建省户籍，罹患肿瘤等重特大疾病的困难家庭0—14周岁的患儿。救助患儿0—14周岁计算时间为：2008年1月1日至2022年12月31日出生（按照公历年月日计算）。

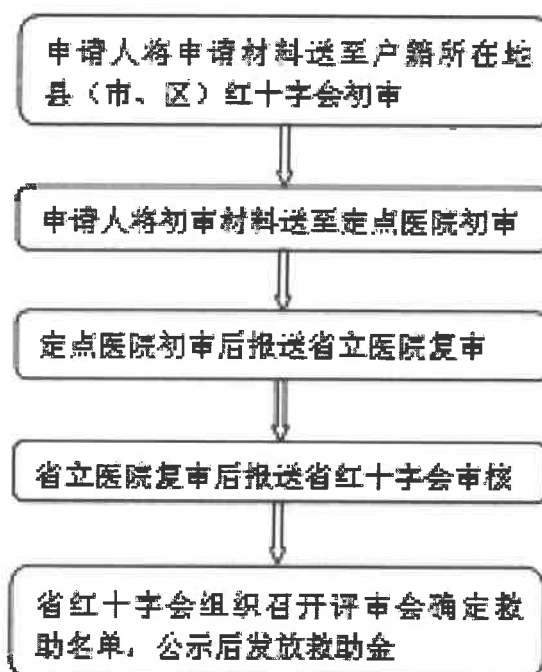
### 三、救助标准

实行分档救助，具体为：救助对象在2022年1月1日至12月31日期间(以出院结算时间为准)住院治疗而产生的大额医疗费用，扣除现行医疗保障制度及补充医疗保险、以及个人商业保险报销后的个人负担总费用，超过5000元、小于1万元(含)，给予救助5000元；超过1万元、小于2万元(含)，给予救助1万元；超过2万元，给予救助1.5万元。原则上每人每年度救助1次。

### 四、救助流程

申请人须在定点医院进行医治，方可提出该项目的救助申请。救助流程图如下，救助工作所需的申请材料详见附件3。

#### 2022年度福万通少儿重特大疾病 医疗人道救助流程图



## 五、受理时间

救助申请受理截止时间为2023年1月31日。以定点医院收到申请资料时间为准，逾期不予受理。

## 六、有关要求

(一) 各级红十字会要加强“福万通少儿大病救助基金”宣传工作，做好困难群众救助申请的解释引导；要严把初审关，认真做好申请材料的核验工作；要积极开展募捐工作和活动，助力基金规模；要定期对辖区内拟救助申请人员进行公示，接受社会监督。

(二) 各定点医院要为符合条件的患儿提供诊断、手术、治疗及康复服务，并负责救助病种、医疗费用等资料的初审和收集；要参与动员社会力量，助力扩大基金规模。

(三) 福建省立医院作为定点医院复审机构、福建省小儿外科学会作为挂靠单位，要监督指导各定点医院申请材料的审核工作，确保申请材料合格完整；要牵头各定点医院做好“福万通少儿大病救助基金”筹资宣传工作，引导和扩大社会募捐，提高项目基金规模，让更多的大病患儿困难家庭受益；对于疑难危重病例，福建省立医院要负责统筹协调会诊及转诊工作。

(四) 申请人须如实填写《福建省红十字会福万通少儿重特大疾病医疗人道救助申请表（2022年度）》和提供真实的资料信息，发现弄虚作假，骗取“福万通少儿大病救助基金”的行为，将依法依规追究责任，并追回已发放的救助金。

附件：1. 2022年度福万通少儿重特大疾病医疗人道救助定点医院

院名单

2. 2022 年度福万通少儿重特大疾病医疗人道救助病种
3. 福万通少儿重特大疾病医疗人道救助所需的申请材料
4. 福建省红十字会福万通少儿重特大疾病医疗人道救助申请表（2022 年度）



## 附件 1

# 2022 年度福万通少儿重特大疾病 医疗人道救助定点医院名单

2022 年度福万通少儿重特大疾病医疗人道救助定点医院名单如下：

1. 福建省立医院
2. 福建医科大学附属协和医院
3. 福建医科大学附属第一医院
4. 泉州市第一医院
5. 厦门市第一医院
6. 莆田学院附属医院
7. 漳州市医院
8. 三明市第一医院
9. 南平市第一医院
10. 龙岩市第一医院

## 附件 2

# 2022 年度福万通少儿重特大疾病 医疗人道救助病种

(一) 儿童恶性实体肿瘤：肝母细胞瘤、肾母细胞瘤、神经母细胞瘤、恶性畸胎瘤、生殖细胞肿瘤、视网膜母细胞瘤、骨肉瘤、尤文氏肉瘤。

(二) 消化系统：先天性肠闭锁、肠穿孔，先天性巨结肠、先天性肛门闭锁、胆总管扩张症、食道裂孔疝、膈疝、环状胰腺、肠重复畸形、泄殖腔畸形、直肠和肛门先天性痿。

(三) 泌尿系统及生殖系统：尿道下裂、先天性肾积水、膀胱输尿管返流、先天性巨输尿管、肾与输尿管发育畸形、脐尿管畸形、性别发育异常、后尿道瓣膜、尿道上裂、膀胱外翻。

(四) 肌肉骨骼系统：发育性髋关节脱位、马蹄内翻足、并指、多指、骨软骨发育不良、脊柱侧弯。

(五) 呼吸系统：漏斗胸、鸡胸、气管和支气管先天性畸形、肺先天性畸形、纵隔肿瘤。

## 附件 3

# 福万通少儿重特大疾病医疗人道救助 所需申请材料

### 一、申请人须向县（市、区）红十字会提供下列相关材料

1. 由患儿或其法定监护人填写《福建省红十字会福万通少儿重特大疾病医疗人道救助申请表（2022 年度）》。

2. 身份证明材料。证明患儿与其法定监护人关系的户口簿和身份证复印件，或者其他证明监护关系的材料原件；

3. 困难家庭证明。救助对象户籍所在地的乡镇、街道及以上相关部门出具的困难家庭证明原件；

4. 患儿本人的银行卡或银行存折信息。

县（市、区）红十字会工作人员现场核验，填写“初审意见”并加盖单位公章。

### 二、申请人须向定点医院提供下列相关材料

1. 已经户籍所在地县（市、区）红十字会审核通过的《福建省红十字会福万通少儿重特大疾病医疗人道救助申请表（2022 年度）》和身份证明、困难家庭证明等材料；

2. 定点医院出具的疾病和治疗证明材料。包括：患儿病情诊断证明、住院病历、出院小结等原件（或加盖医院公章的复印件）；

3. 合规的医疗收费票据原件。

## 附件 4

编号： 2022 \_\_\_\_\_

# 福建省红十字会福万通少儿重特大疾病 医疗人道救助申请表

申请人姓名： \_\_\_\_\_ 身份证号码： \_\_\_\_\_

性 别： \_\_\_\_\_ 社保卡号： \_\_\_\_\_

监护人姓名： \_\_\_\_\_ 与申请人关系： \_\_\_\_\_

家庭电话： \_\_\_\_\_ 手 机： \_\_\_\_\_

户籍所在地： \_\_\_\_\_ 省（市、区） \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 县 \_\_\_\_\_ 乡（镇） \_\_\_\_\_ 村

通讯地址： \_\_\_\_\_ 省（市、区） \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 县 \_\_\_\_\_ 乡（镇） \_\_\_\_\_ 村

邮 编： \_\_\_\_\_



# 申请告知书

1. 福建省红十字会福万通少儿重特大疾病医疗人道救助专项基金（以下简称“福万通少儿大病救助基金”），用于救助我省困难家庭患重特大疾病的0—14周岁儿童，由省红十字会负责筹集、管理和使用。

2. 符合条件的申请对象，应如实填写申请表，同时必须提供困难家庭证明原件（需对象户籍所在地的乡镇、街道及以上相关部门出具），以及由治疗医院出具并加盖医院有效印章的疾病及费用证明材料（疾病诊断书、住院病历首页、治疗费用发票等）。

3. 申请人必须保证所提供资料的真实性，如发现有不实情况，红十字会将不予受理或收回救助金并追究相关责任。原则上每人每年度救助一次。

4. 申请时必须提供患儿本人的银行卡或存折账号，救助金将由省红十字会直接汇入此银行账户。为便于接受社会监督，符合条件的受助对象及救助金额等将通过省红十字会网站公示，受助对象的其他情况因工作需要也将通过相关媒体对外公布。

5. 本申请表的接收并不代表一定能获得救助。受理申请和评审认定可能需要进一步要求您补充提供相关证明。申请资料一经受理将不予退回。如您符合条件并获得了救助，请在收到救助金后，及时告知受理申请的红十字会。

6. 获得救助的申请人（监护人），有责任和义务为各级红十字会提供必要的配合相关宣传活动的文字、照片、影像等资料，并同意使用所提供的资料。

**我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申请规定。**

申请人（监护人）签名：

年 月 日



以下栏目由定点医院填写并审核

|                |  |             |  |
|----------------|--|-------------|--|
| 以下栏目由定点医院填写并审核 |  |             |  |
| 疾病诊断           |  |             |  |
| 住院日期           |  |             |  |
| 治疗总费用(元)       |  |             |  |
| 医保报销<br>(元)    |  | 个人负担<br>(元) |  |
| 定点医院<br>初审意见   | 负责人签名:                      联系电话:                      年    月    日<br>(单位公章)         |             |  |
| 定点医院<br>复审意见   | 负责人签名:                      联系电话:                      年    月    日<br>(单位公章)         |             |  |
| 省红十字会<br>审核意见  | 申请人符合救助条件, 按标准发放救助金额_____元。<br><br>负责人签名:                      年    月    日<br>(单位公章) |             |  |

## 证明材料粘贴单

### 温馨提示:

申请人需提供以下材料并按顺序粘贴:

#### 1. 身份证明材料:

- ①申请人的医保卡、户口簿首页及本人页复印件;
- ②监护人(父母双方)身份证和户口簿复印件;
- ③申请人与监护人关系证明材料。

#### 2. 困难家庭证明原件(需对象户籍所在地的乡镇、街道及以上相关部门出具):

#### 3. 患儿本人银行卡或存折复印件。

#### 4. 医疗单据:

以下三种票据均为合格

- ①医疗机构开具的医疗收费票据原件;
- ②加盖医保部门公章的医保结算单原件;
- ③商业保险理赔单原件及原始医疗票据复印件并加盖保险公司公章。

#### 5. 疾病住院证明材料:

- ① 疾病诊断书;
- ② 住院病历;
- ② 出院小结。

---

抄送：省农信联社,各定点医院。

---

福建省红十字会办公室

2022年4月21日印发

---

