

中国初级卫生保健基金会

爱普新生-肿瘤电场治疗患者援助项目

发票回寄申请

申请须知:购药发票原件作为患者申请药品援助的必要资料项目办审批后予以存档并妥善保管;如有申请补助、报销等用途,患者可填写此表格申请寄回,寄回过程中所产生的费用及风险由患者本人承担。

回寄信息:(项目办以顺丰到付方式安排回寄)

患者姓名 _____, 身份证号码 _____,

回寄原因: 申请补助 报销

其他(请填写具体原因) _____,

发票数量: 共计 _____ 张, 发票发票号如下:

_____/_____/_____/_____/_____
_____/_____/_____/_____/_____
_____/_____/_____/_____/_____
_____/_____/_____/_____/_____

收件人(患者本人): _____ 联系电话: _____

寄回地址(请用正楷填写): _____ 省 _____ 市 _____ 区/县

(详细地址) _____

患者声明:我已认真阅读了上述内容,我充分理解并愿意承担发票回寄产生的相关经济费用及邮寄风险,我自愿申请并同意项目办以顺丰到付的方式予以发票寄回,如发票在邮寄中出现任何问题由本人自行承担。

患者本人签字: _____

申请日期: _____