广西危重孕产妇救助情况表

填报单位 (盖章) ：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 孕产妇 姓名 | 诊断 | 抢救医院 | 住院总 费用 | 个人自付 费用 | 危重救助 费用 | 孕产妇户籍地址 | 丈夫户籍地址 | 联系电话 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话： 填报日期： 年 月