

广东省梅州市献血领导小组办公室

梅市献血字〔2018〕5号

关于保障献血者本人及其相关亲属用血权利、进一步规范临床用血费用报销标准的通知

各县（市、区）卫生计生局，市直各用血医疗机构：

为保障献血者及其相关亲属享有的临床用血权利，进一步规范临床用血费用报销标准，简化报销流程，鼓励更多的健康适龄公民参加无偿献血，推进我市无偿献血事业稳健发展，根据《中华人民共和国献血法》和《广东省实施〈中华人民共和国献血法〉办法》（广东省人民政府令 250 号）有关规定，现将我市无偿献血者及其相关亲属临床用血费用报销等相关事宜通知如下，于 2018 年 12 月 1 日起实施，请认真贯彻执行。

一、献血者和相关亲属享有的用血权利

根据《中华人民共和国献血法》和《广东省实施〈中华人民共和国献血法〉办法》的精神，在梅州市范围内参加无偿献血的献血者本人、配偶和直系亲属（包括父母、子女）享有下列临床用血权利：

（一）无偿献血者在本市范围内献血，血液经检验合格的，

其本人、配偶和直系亲属（包括父母、子女）享有下列临床用血权利：

1. 无偿献血者献血 200 毫升及以上的，本人临床用血时免交血液采集、储存、分离、检验等费用。

2. 无偿献血者献血累计 600 至 1000 毫升（含 1000 毫升）的，其配偶和直系亲属（包括父母、子女）临床用血时，合计不超过献血总量 2 倍范围的，免交前项规定的费用；无偿献血者献血累计超过 1000 毫升的，其配偶和直系亲属（包括父母、子女）临床用血时，免交前项规定的费用。

（二）无偿献血者在本市范围内献血，血液经检验不合格的，其本人临床用血时，在不超过献血量 3 倍范围内免交血液采集、储存、分离、检验等费用。

二、用血费用报销流程

（一）献血者本人报销需提交材料：

1. 献血者身份证（原件或复印件，献血办可提供免费复印服务）。

2. 献血证（原件或复印件，献血办可提供免费复印服务；梅州市内献血取得的可不带）。

3. 疾病证明（原件或复印件加盖红章方有效）。

4. 医院发票（如已参加医保报销则无原件返还，需在出院后一个月内向医院或出院一个月后到当地人社局医保部门要

求复印《广东省医疗收费票据》，并加盖“公章”和“与原件相符”共 2 个章方有效，见附件 1）。

5. 明细清单(清单列明用血类型和用血量, 方便价格计算)。

(二) 献血者配偶和直系亲属(父母、子女) 报解除以上(1-5 材料) 外需增加以下材料:

1. 用血者的身份证(原件或复印件, 献血办可提供免费复印服务)。

2. 献血者与用血者的关系证明(包括双方所在同一本户口本、出生证、结婚证; 居委、村委或单位出具的关系证明; 如无法提供上述证明, 则用血者或献血者签订《用血费用报销亲属关系承诺书》, 见附件 2)。

3. 如需他人代办, 代办人需带身份证。

(三) 异地用血报销

梅州市无偿献血者及其配偶、父母、子女在省内其它市用血后, 只要符合梅州市用血报销相关规定, 可自愿选择在用血地或献血地报销用血费用。若选择在用血地报销, 报销标准按献血地的规定执行, 报销程序同上。

三、在执行新《广东省实施〈中华人民共和国献血法〉办法》相关规定后, 此前参加无偿献血的献血者及其相关亲属的用血权益保障如下:

(一) 如在 2018 年 12 月 1 日之前累计的献血量达到之前

的免费用血标准的，依然按照之前的《梅州市实施〈中华人民共和国献血法〉办法》执行：

1. 之前累计献血量达 200 毫升及以上并检测合格，其本人可享受无限量免费用血，其配偶和直系亲属（父母、子女）及其他亲属（岳父、岳母、家翁、家婆、儿媳、女婿）可享受等量免费用血；献血量达 200 毫升检测不合格，其本人可享受等量免费用血。

2. 献血量达 600 毫升及以上并检测合格，其本人、配偶和直系亲属（父母、子女）可享受无限量免费用血，其他亲属（岳父、岳母、家翁、家婆、儿媳、女婿）可享受等量免费用血。

（二）2018 年 12 月 1 日之前累计的献血量未达到免费用血标准的，继续献血，累计献血量为 600-1000 毫升，其配偶和直系亲属（父母、子女）可享受其献血量 2 倍量免费用血；累计献血 1000 毫升以上（不含 1000 毫升），则其配偶和直系亲属（父母、子女）可享受无限量免费用血。

附件：1. 《广东省医疗收费票据》复印样本

2. 《用血费用报销亲属关系承诺书》

2018 年 11 月 28 日



确保发票编号清晰可辨。

广东省透明医疗收费票据
Medical Invoice of Guangdong Province

业务流水号: Social security number
住院(科室): Hospital type

社会医保编号: Social security number
住院号: Hospital type

日期: Year Month Day
票据号: JU00000000

姓名 Name	性别 Gender	年龄 Age	出生日期 Date of birth	出院日期 Date of departure	结算方式 Method of payment	其他 Others	金额 Amount
医药费 Medicine fee	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount
诊疗费 Physical examination fee	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount
个人缴费 Individual payment	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount
治疗费 Treatment fee	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount
住院 Inpatient	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount
急诊 A&E	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount
门诊 Outpatient	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount
补收 Pre-charge	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount
退款 Refund	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount
欠费 Overdue	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount	金额 Amount
合计 TOTAL	拾 万 仟 佰 拾 元 角 分	拾 万 仟 佰 拾 元 角 分	拾 万 仟 佰 拾 元 角 分	拾 万 仟 佰 拾 元 角 分	拾 万 仟 佰 拾 元 角 分	拾 万 仟 佰 拾 元 角 分	拾 万 仟 佰 拾 元 角 分
备注	1. 2. 3. 4.						

收款人: Cashier
复核: Assessor

收费单位(盖章): Payee (seal)
(手写无效, 限2017年6月30日前使用)

与原件相符

需加盖"财务(收费)专用章"和"与原件相符(一致)章"方生效。

第三联 存根 Counterfoil

第二联 医院核算(记账联) For hospital accounting

第一联 交缴款人(收据联) Return to payer

用血费用报销亲属关系承诺书

____ 献血领导小组办公室：

现就____的用血费用报销有关信息承诺如下：

一、献血者信息

姓名：____，身份证号：____；

手机：____，固定电话：____，

工作单位：____

常住地址：____

二、用血者信息

姓名：____，身份证号：____；

手机：____，固定电话：____，

工作单位：____

常住地址：____

三、亲属信息

____和____属于____关系。

我承诺：我们之间的亲属关系和献血、用血信息是真实的。如有虚假，我愿承担相应个人所有社会诚信风险和法律责任。

承诺人（签字并留指纹）：____

20__年__月__日