**北京市离休统筹人员医疗费用手工报销申报表**

单位名称（盖章）： 单位社保登记号：

单位经办人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 性别 | |  | 年龄 | |  | 人员类别 | | |  | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | 就诊医院 | | | |  | | |
| 门诊日期 | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | | 连续天数 | | |  | |
| 住院日期 | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | | | | | 住院天数 | | |  | |
| 就医类别 | | | 门（急）诊□ 住院□ 异地□ | | | | | | | | | | | | | |
| 主要诊断 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 报销单据张数 | | |  | | | | | | | 总金额 | | | |  | | |
| 西药总额 | | 中药总额 | | 检查总额 | | 治疗总额 | | | 化验总额 | | | 材料总额 | | | | 其他总额 |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | |  |
| 以上部分由单位填写 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 以下部分由医保中心填写 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 西药自费 | | 中药自费 | | 检查自费 | | 治疗自费 | | | 化验自费 | | 材料 | | | | | 其他自费 |
| 自费 | | 限额 | | |
|  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  |
| 备注： | | | | | | | | | | | | | | | | |

审核人： 审核日期：

注：1、检查总额包括常规检查费、CT费、核磁费、放射费、B超费等。

2、治疗总额包括输氧费、输血费、手术费、治疗费、注射费等。

3、其它总额包括自费、诊疗费、床位费、出诊费、煎药费等。

4、此表一式两份，离休统筹人员所在单位与区县医疗保险经办机构各留存一份