**北京市离休统筹人员门（急）诊医疗费用**

**手工报销申报汇总单**

单位名称：（盖章） 社会保险登记证号： 审核区（县）：

单位：元（列至角、分）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 患者姓名 | 公民身份证号码 | 合计 | 本埠 | 外埠 | 单据数（张） |
| （1） | （2） | （3） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 本页小计 |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |

联系电话： 填报人： 年 月 日

注：1.由用人单位申报离休统筹人员门（急）诊医疗费用时附上此表。

2.（1）=（2）+（3）

 第 页 共 页