附件一：医药费报销清单

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **样 表** | | | | | | | |
| **医 药 费 报 销 清 单** | | | | | | | |
| **教工姓名：张三** | | **工号：000111** | | | **电话：** | | |
| **儿童姓名：张小** | | **儿童病历号：2020001** | | | | | |
| 门诊就诊医院 |  | 就诊病历(张、本) |  | 发票数量(张) | | 转诊单(张) | 备注 |
| 江苏省中医院 | | 4 | | 2 | | 1 |  |
| 南京市口腔医院 | | 1 | | 1 | | 1 |  |
|  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |
| 住院医院 | | 费用明细单(张) | | 出院小结(张) | | 住院发票(张) |  |
| 江苏省人民医院 | | 5 | | 2 | | 1 |  |
|  | |  | |  | |  |  |
| 注：儿童报销时请将父母及儿童信息填写完整。 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | 报销人签字：张三 | |  |
|  |  |  |  |  | 日期：2020.5.7 | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **医 药 费 报 销 清 单** | | | | | | | |
| **教工姓名：** | | **工号：** | | | **电话：** | | |
| **儿童姓名：** | | **儿童病历号：** | | | | | |
| 门诊就诊医院 |  | 就诊病历(张、本) |  | 发票数量(张) |  | 转诊单(张) | 备注 |
|  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |
| 住院医院 | | 费用明细单(张) | | 出院小结(张) | | 住院发票(张) |  |
|  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |
| 注：儿童报销时请将父母及儿童信息一并填写完整。 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | 报销人签字： | |  |
|  |  |  |  |  | 日期： | |  |